

LANDTAG RHEINLAND-PFALZ

16. Wahlperiode

Sozialpolitischer Ausschuss

28. Sitzung am 08.05.2014
– Öffentliche Sitzung –

– Elektronische Fassung –

Protokoll

Beginn der Sitzung: 10:03 Uhr

Ende der Sitzung: 11:53 Uhr

Tagesordnung:

Vor Eintritt in die Tagesordnung

1. Landesgesetz zur Neuregelung der Voraussetzungen der Behandlung von Krankheiten untergebrachter Personen
Gesetzentwurf der Landesregierung
– Drucksache 16/2996 –

dazu: Vorlagen 16/3640/3641/3699/3717/3718/3740/3746

2. Landesgesetz zur Änderung des Landesgesetzes zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch
Gesetzentwurf der Landesregierung
– Drucksache 16/3373 –

3. Aufsicht der Landesregierung über die Kassenärztliche Vereinigung
Antrag der Fraktion der CDU nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3710 –

Ergebnis:

(S. 3)

Annahme empfohlen
(S. 4 – 7)

Annahme empfohlen
(S. 8 – 11)

Erledigt mit der Maßgabe
schriftlicher Berichterstat-
tung durch die Landesregie-
rung
(S. 3)

Tagesordnung (Fortsetzung):

- | | Ergebnis: |
|---|--|
| 4. Blutspende bei Personen mit sexuellem Risikoverhalten
Antrag der Fraktion der CDU nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3726 – | Erledigt
(S. 12 – 16) |
| 5. Neue G-BA Qualitätsvorgaben zur Versorgung von Frühgeborenen
Antrag der Fraktion der SPD nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3781 – | Erledigt
(S. 17 – 20) |
| 6. Vorhaben der Ansiedlung eines sogenannten Demenz-Dorfes in Alzey
Antrag der Fraktion der SPD nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3808 – | Erledigt mit der Maßgabe schriftlicher Berichterstattung durch die Landesregierung
(S. 3) |
| 7. Schmerztherapeutische Versorgung in Rheinland-Pfalz
Antrag der Fraktion der CDU nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3820 – | Erledigt mit der Maßgabe schriftlicher Berichterstattung durch die Landesregierung
(S. 3) |
| 8. Zukunftskreis Gesundheit-Studie
Antrag der Fraktion der CDU nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3821 – | Erledigt
(S. 21 – 23) |
| 9. Lieferengpässe bei Arzneimitteln und Impfstoffen
Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3895 – | Erledigt
(S. 24 – 27) |
| 10. Verschiedenes | (S. 28) |

Herr Vors. Abg. Dr. Enders eröffnet die Sitzung und begrüßt alle Anwesenden.

Vor Eintritt in die Tagesordnung:

Der Ausschuss kommt überein, die Tagesordnungspunkte

Punkt 3 der Tagesordnung:

Aufsicht der Landesregierung über die Kassenärztliche Vereinigung

Antrag der Fraktion der CDU nach § 76 Abs. 2 GOLT

– Vorlage 16/3710 –

Punkt 6 der Tagesordnung:

Vorhaben der Ansiedlung eines sogenannten Demenz-Dorfes in Alzey

Antrag der Fraktion der SPD nach § 76 Abs. 2 GOLT

– Vorlage 16/3808 –

Punkt 7 der Tagesordnung

Schmerztherapeutische Versorgung in Rheinland-Pfalz

Antrag der Fraktion der CDU nach § 76 Abs. 2 GOLT

– Vorlage 16/3820 –

gemäß § 76 Abs. 2 Satz 3 der Geschäftsordnung des Landtags mit Einverständnis der Antragstellenden und der Landesregierung mit der Maßgabe für erledigt zu erklären, dass die Landesregierung dem Ausschuss schriftlich berichtet.

Punkt 1 der Tagesordnung:

Landesgesetz zur Neuregelung der Voraussetzungen der Behandlung von Krankheiten untergebrachter Personen

Gesetzentwurf der Landesregierung

– Drucksache 16/2996; Vorlagen 16/3640/3641/3699/3717/3718/3740/3746 –

Berichtersteller: Abg. Michael Wäschenbach

Herr Vors. Abg. Dr. Enders verweist auf die zu diesem Gesetzentwurf durchgeführte schriftliche Anhörung. Die entsprechenden Vorlagen seien allen Kolleginnen und Kollegen zugegangen.

Herr Abg. Dr. Konrad hält das vorliegende Gesetz für einen sehr wichtigen Rechtsbereich. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom März 2011 habe die Rechte von Menschen gestärkt, die der besonderen Fürsorge des Staates bedürften und die teilweise gegen ihren Willen, teilweise auch mit ihrer eigenen Zustimmung untergebracht werden müssten. Dabei gehe es um Menschen, die psychisch krank seien bzw. eine psychische Störung hätten, oder andere, die straffällig geworden seien und deren Anlastat in einem Zustand begangen worden sei, in dem die Schuldfähigkeit aufgrund einer psychischen Krankheit eingeschränkt gewesen sei.

Diese Menschen seien zum Teil über eine lange Zeit in einer Behandlung und gleichzeitig auch in der Vorbereitung auf ein Leben in der Gemeinschaft, und dies erfordere eine Behandlung auch der zugrundeliegenden psychischen Erkrankung. Diese Erkrankung selbst führe aber in vielen Fällen dazu, dass die Menschen die Behandlungsnotwendigkeit und auch die positiven Folgen für ihre persönliche Willensbildung und Lebensgestaltung sowie Selbstbestimmung nicht erkennen könnten.

Genau auf diesen Zustand habe das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil berechtigterweise die Behandlungsmöglichkeiten eingeschränkt, nämlich ganz in dem Sinne, dass es der Selbstbestimmung und der Ausübung der eigenen Rechte und auch Menschenrechte der betroffenen Person dienen müsse, wenn diese Person auch ohne Einsicht in die Notwendigkeit der Behandlung behandelt werden müsse. Ausnahmen davon seien selbstverständlich zur Sicherung der umgebenden Personen und der Personen selbst möglich; allerdings sei eine nicht notfallmäßige Behandlung vom Bundesverfassungsgericht unter starke Beschränkungen und Kriterien gestellt worden.

Ausdrücklich wolle er in diesem Zusammenhang hervorheben, dass eine Behandlung darauf beschränkt worden sei, dass krankheitsbedingt die Einsichtsfähigkeit eingeschränkt sein müsse und eben nicht aus anderen Gründen die Einsichtsfähigkeit der betroffenen Person oder deren Schlussfolgerungen aus den vorliegenden Behandlungsnotwendigkeiten andere seien als die des behandelnden Personals. Dies biete auch die Chance – wie es zum Teil auch von den Kliniken mitgeteilt worden sei, die jetzt auf die Zwangsbehandlung aufgrund der Außerkraftsetzung durch das Bundesverfassungsgericht hätten verzichten müssen –, dass man andere Wege finden müsse und könne, Menschen, die psychisch krank seien, von der Behandlungsnotwendigkeit zu überzeugen.

In diesem Sinne begrüße seine Fraktion außerordentlich, dass die Landesregierung die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts umsetze und zum Teil auch darüber hinaus im Verfahren Möglichkeiten schaffe, um den Menschen die Sicherheit zu geben, dass ihre Rechte beachtet würden, aber auch eine Aufgehobenheit und Geborgenheit im Verfahren garantiere, soweit dies möglich sei, zum Beispiel auch durch Hinzuziehen einer weiteren Vertrauensperson oder durch das Vier-Augen-Prinzip zumindest im Maßregelvollzug.

Darüber hinaus hätten aber die Anzuhörenden – vor allem die abweichenden Stellungnahmen der Psychiatrieerfahrenen und der Liga – das vorliegende Gesetz nicht als schlecht bezeichnet, sondern sie stellten in Zweifel, dass es Situationen geben könnte, in denen der freie Wille des Betroffenen vom mutmaßlichen Willen, also seinen eigenen Interessen, abweiche. Dies sei eine Einstellung, die BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ausdrücklich nicht teile. Es gebe Bereiche, in denen Menschen durchaus eine Behandlung bräuchten, um ihre Selbstbestimmung auch ausüben zu können. Des Weiteren beziehe sich die Kritik, die in der schriftlichen Anhörung geäußert werde, eher darauf, dass der gesamte Rechtsbereich noch einmal betrachtet werden sollte, also dass bei den untergebrachten Personen auch die Anlässe und die Gründe für die Unterbringung als solche noch einmal zu überprüfen seien

vor den Vorgaben, die in menschenrechtlicher Hinsicht nun auch das Bundesverfassungsgericht gemacht habe. Insofern sehe seine Fraktion den vorliegenden Gesetzentwurf als bestätigt an und werde ihm auch so zustimmen. Allerdings werde man auch darauf drängen, bei Menschen, die untergebracht werden müssten vor allem im Rahmen des PsychKG, noch einmal genau zu überprüfen, ob sich Situationen, in denen eine Zwangsbehandlung gegen den Willen der Menschen notwendig sei, noch weiter beschränken ließen, indem man Wege finde, noch stärker auf den Willen der betroffenen Personen einzugehen im Wege der fast immer dann notfallmäßig vorgenommenen Unterbringung nach dem PsychKG. Dies betreffe aber nicht den vorliegenden Gesetzentwurf, sondern betreffe die Diskussion über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und Krankheiten, zu der man auch aufgrund der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention aufgefordert sei.

In diesem Lichte wolle man den gesamten Rechtsbereich noch einmal betrachten, und in diesem Lichte sei der jetzt vorliegende Gesetzentwurf zu befürworten.

Herr Abg. Schwarz merkt an, das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom März 2011 habe zu Recht die fehlenden Gesetzesgrundlagen angemahnt. Dies sei nachvollziehbar, weil schwerwiegende Grundrechtseingriffe stattfänden in die körperliche Unversehrtheit oder auch freiheitsbeschränkende bzw. -entziehende Maßnahmen.

Die Beschäftigung mit dem Gesetz habe gezeigt, dass es eines großen Spagats bedürfe: Der Maßregelvollzug solle der Sicherung, aber auch der Besserung dienen. Ein wichtiger Aspekt dabei sei seines Erachtens die Besserung. Es könne nicht sein, dass Menschen nur von der Gesellschaft weggesperrt würden in eine Klinik, sodass sie aus Sicherheitsaspekten keine Straftaten mehr begehen könnten. Vielmehr müsse man darum bemüht sein, eine Besserung zu erwirken, damit diese Menschen wieder in ein normales Leben zurückkehren könnten. Es könne also nicht nur ein Wegschließen sein, sondern es müsse eine Behandlung erfolgen, damit eine Besserung eintreten könne.

Die Problemfelder seien durch Herrn Abgeordneten Dr. Konrad aufgezeigt worden: auf der einen Seite die Krankheit, auf der anderen Seite die fehlende Einsicht. Vor diesem Hintergrund solle eine Behandlungsmöglichkeit gefunden werden.

Keine Regelung hätte bedeutet, dass die Menschen unter Umständen lebenslang in einer psychiatrischen Klinik weggesperrt sein müssten. Dies könne niemand wirklich wollen; deswegen sei er froh darüber, dass mit diesem Gesetz eine nach seinem Dafürhalten gute Lösung gefunden worden sei, was auch die schriftliche Anhörung ergeben habe. Zum Großteil bestehe Konsens bis auf wenige Ausnahmen. Überwiegend sei dem Gesetzentwurf zugestimmt worden. Durch dieses Gesetz werde Hilfe für die Patienten erreicht, aber auch Hilfe für das Personal. Er habe alle drei Einrichtungen in Rheinland-Pfalz besucht und miterleben können, welche große psychische Belastung auch auf das Personal hereinbreche. Deswegen sei eine solche gesetzliche Regelung erforderlich und positiv für beide Seiten. Die CDU-Fraktion stehe inhaltlich voll hinter diesem Gesetz und werde es auch weiterhin positiv begleiten.

Herr Abg. Dr. Wilke schickt voraus, es sei ein sehr diffiziles Thema, mit dem man sich heute auseinandersetzen müsse und von dem viele ethische und auch grundrechtliche Fragen berührt seien. Nun habe es eines Fingerzeigs aus Karlsruhe bedurft, um tatsächlich zu einer wahrscheinlich menschenrechtlich gebotenen Novellierung der gesetzgeberischen Vorgaben zu kommen.

Die CDU empfinde es als ein wenig schade – um nicht zu sagen ärgerlich –, dass nun seit dem Verfassungsgerichtsurteil drei Jahre vergangen seien, bis es endlich zu diesem Gesetz gekommen sei. Die Gesetzesbegründung spreche sogar davon, dass Rechtsunsicherheit bestehe in dem Zustand, der sich durch das Verfassungsgerichtsurteil ergeben habe. Umso wichtiger wäre es daher eigentlich gewesen, relativ zügig wieder für Rechtssicherheit zu sorgen.

Nun liege der Gesetzentwurf vor, und er stimme mit seinen Vorrednern darin überein, dass darin sehr wichtige und sehr gute Vorgaben enthalten seien, die allen das gute Gefühl vermitteln, damit den verfassungsrechtlichen Vorgaben Genüge zu tun. Herr Abgeordneter Dr. Konrad habe soeben in vorbildlicher Weise ausgeführt, dass man sich dem Gesichtspunkt, jegliche Zwangsbehandlung zu untersagen oder auszuschließen, nicht anschließen könne, sondern dass es auch aus Sicht der CDU tat-

sächlich ein menschenrechtliches Gebot sein müsse, in besonders gelagerten Ausnahmefällen eine solche Zwangsbehandlung zuzulassen.

Alle Ausschussmitglieder hätten die Stellungnahmen der Psychiatrieerfahrenen erhalten und studieren können. Es sei sehr fundiert gewesen, was insbesondere von Herrn Professor Narr aus Berlin vorgebracht worden sei; aber unterm Strich glaube auch er, dass man es werde vertreten müssen, dass es den einen oder anderen Betroffenen geben werde, der vielleicht am Ende nach seiner Entlassung sagen könne, dass es gut gewesen sei, dass man ihn einer Zwangsbehandlung unterzogen habe mit dem Ziel, ihn entlassungsfähig zu machen. Wenn dies das Ziel der Zwangsbehandlung sei – was nachweislich des Gesetzes der Fall sei –, dann sei es aus Sicht der CDU auch der richtige Weg.

Des Weiteren spricht er den Gesichtspunkt an, den die Krankenhausgesellschaft geltend gemacht habe. Dabei gehe es um das Thema der zweiten Meinung. Dies halte er für einen vernünftigen Ansatz, wenngleich man natürlich eine praktikable Lösung finden müsse. Seitens der Krankenhausgesellschaft sei vorgetragen worden, in ländlichen Regionen könne es Schwierigkeiten bereiten, einen von der Einrichtung unabhängigen, fachlich geeigneten Arzt beizuziehen.

Seines Wissens gebe es den Maßregelvollzug nur in drei Einrichtungen in Rheinland-Pfalz; von daher könnte es sein, dass diese Bedenken unbegründet seien. Er bittet Herrn Staatsminister Schweitzer, dazu seine Auffassung darzulegen, um diesen Aspekt später in die Entscheidungsfindung zu dem Gesetzentwurf mit einfließen lassen zu können.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders bestätigt die zuletzt getroffene Aussage seines Vorredners. Man sei zunächst auf der falschen Fährte gewesen, als man die Stellungnahme gelesen habe, bis klar geworden sei, dass es letztlich nur um zwei bis drei Einrichtungen in Rheinland-Pfalz gehe. Möglicherweise habe die Krankenhausgesellschaft dies nicht so erfasst, wie es erforderlich gewesen wäre. Wenn man es in der Psychiatrie im Gesetzentwurf so definiert hätte, wäre es sicherlich ein größeres Problem gewesen, gerade mit Blick auf den ländlichen Raum entsprechende Fachkräfte zu bekommen.

Herr Staatsminister Schweitzer bedankt sich für die Stellungnahmen der Fraktionen sowie für die zur Verfügung gestellten schriftlichen Stellungnahmen der Anzuhörenden.

Mit dem vorgelegten Landesgesetz sollten die Voraussetzungen von medizinischen Zwangsbehandlungen untergebrachter Personen im Landesgesetz für psychisch kranke Personen und im Maßregelvollzugsgesetz gemäß den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts neu geregelt werden. Nicht nur das Bundesverfassungsgericht, auch die fortlaufende Rechtsprechung der letzten zwei Jahre habe den Umgang mit Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie einschließlich des Maßregelvollzugs grundsätzlich infrage gestellt und Bund und Länder vor die Aufgabe gestellt, die gesetzlichen Grundlagen zu überarbeiten. Für das Betreuungsrecht sei dies mittlerweile erfolgt, und wie Rheinland-Pfalz seien auch die meisten anderen Bundesländer dabei, ihre Psychisch-Kranken-Gesetze bzw. Maßregelvollzugs- und Unterbringungsgesetze zu ändern.

Das Gesetzesvorhaben sei äußerst dringlich, da derzeit aufgrund der ungeklärten Rechtslage in der Praxis auch bei denjenigen, die in den Einrichtungen tätig seien, eine erhebliche Verunsicherung spürbar sei, die sowohl den Patientinnen und Patienten wie auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den psychiatrischen Kliniken und Hauptfachabteilungen schade und daher nun behoben werden solle.

Allen sei bewusst, dass Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen einen schwerwiegenden Grundrechtseingriff bedeuteten; dennoch seien sie in der psychiatrischen Behandlung in bestimmten Situationen unverzichtbar. Der Grundkonflikt im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen sei bereits beschrieben worden: Es gehe um die Frage, inwieweit ein staatlicher und – daraus abgeleitet auch medizinischer – Paternalismus das Selbstbestimmungsrecht kranker Menschen und von Menschen mit Behinderungen begrenzen dürfe bzw. müsse.

Die Psychiatrie befinde sich seit jeher im Spannungsfeld zwischen Heilbehandlung und ordnungspolitischen Aufgaben. Sie solle heilen und helfen und dabei auch die Patientenautonomie und das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen achten und fördern. Sie solle Patientinnen und Patienten vor selbstgefährdendem Verhalten schützen und auch – im Falle der Fremdgefährdung – zum Schutz der

Allgemeinheit beitragen. Dieser Auftrag sei alles andere als konfliktfrei umzusetzen, und seine Erfüllung brauche klare rechtliche Rahmenbedingungen, die mit dem vorliegenden Landesgesetz geschaffen werden sollten.

Daher sei er sehr froh darüber, dass dieser Gesetzentwurf in den vorliegenden schriftlichen Stellungnahmen wie auch in den Stellungnahmen der eigenen externen Anhörung ganz überwiegend begrüßt und als eine verfassungskonforme, differenzierte und der ethischen wie auch der medizinisch-rechtlichen Problematik angemessene Regelung angesehen werde. Der Landesverband der Psychiatrieerfahrenen halte allerdings eine grundsätzliche Position aufrecht, dass jede Zwangsbehandlung zu unterbleiben habe. Dies gebe das Bundesverfassungsgericht allerdings nicht vor, und es wäre auch nicht im Interesse der untergebrachten Patienten. Darin schließe er sich den Wortmeldungen einiger Vorredner an.

Auf der Grundlage der eingegangenen Stellungnahmen sehe die Landesregierung keinen zwingenden Änderungsbedarf für ihren Gesetzentwurf. Drei der Stellungnahmen seien im Übrigen exakt die Stellungnahmen, die man bereits in der eigenen Anhörung bekommen habe. Es handele sich hierbei um die Stellungnahmen des Landesverbandes Psychiatrieerfahrener in Rheinland-Pfalz (LVPE), der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz und des VdK. Die dort formulierten Anregungen seien bereits vor Fertigstellung des Gesetzentwurfs umfassend geprüft worden.

Die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände habe in ihrer Stellungnahme dargelegt, dass ihre Änderungsvorschläge, die sie bereits im ersten Anhörungsverfahren vorgetragen habe, zu Veränderungen in der Gesetzesbegründung geführt hätten. Insoweit sähen der Landkreistag, der Städtetag und der Gemeinde- und Städtebund nunmehr keinen weiteren Änderungsbedarf. In den übrigen drei Stellungnahmen würden weitere Anregungen eingereicht, die allerdings deutlich über die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts hinaus gingen. Damit würde seines Erachtens den Interessen der Patienten insgesamt nicht gedient. Teilweise gingen die eingereichten Vorschläge auch weit über den Regelungsgehalt des Gesetzentwurfs hinaus. So habe etwa die Liga der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Vorschläge für Änderungen im Landesgesetz für psychisch kranke Personen eingereicht, die weit über die gestellte Thematik hinausgingen.

An dieser Stelle wolle er darauf hinweisen, dass sich alle sicher sein könnten, dass Rheinland-Pfalz im Bundesländervergleich über eines der fortschrittlichsten Landesgesetze für psychisch kranke Personen verfüge, gerade auch in puncto starker und unterstützter Patientenrechte. Im Übrigen werde in einigen Stellungnahmen – beispielsweise beim VdK oder beim LVPE – betont, wie wichtig es sei, dass das Gesetz nunmehr zügig in Kraft trete.

Zu den Anmerkungen, welche die Krankenhausgesellschaft sowohl in der schriftlichen als auch in der internen Anhörung der Landesregierung zur Kenntnis gegeben habe, weist er darauf hin, es handele sich gewissermaßen um eine Verwechslung der Tatbestände. Tatsächlich rede man im Maßregelvollzug von nur drei Einrichtungen in Rheinland-Pfalz, die überhaupt dafür infrage kämen. Dort bestehe – auch ob der Diskussion über den Ärztemangel – keine Problematik, eine zweite fachkundige Person mit hinzuzuziehen und im Sinne des Gesetzes eine Zweitmeinung zu organisieren. Gern werde er dazu beitragen, diese Bedenken seitens der CDU-Fraktion mit Blick auf den vorliegenden Gesetzentwurf auszuräumen. Man sei auch im Sinne der Krankenhausgesellschaft durchaus mit dem Regelungsgehalt befasst. Es handele sich um eine Verwechslung, und die Krankenhausgesellschaft würde nun sicherlich angesichts der heute stattfindenden Diskussion diese Forderung gar nicht mehr aufrechterhalten.

Der Ausschuss beschließt mit den Stimmen der Vertreterinnen und Vertreter der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Vertreterinnen und Vertreter der Fraktion der CDU, dem Landtag die Annahme des Gesetzentwurfs – Drucksache 16/2996 – zu empfehlen (siehe dazu Vorlage 16/3936).

Punkt 2 der Tagesordnung:

**Landesgesetz zur Änderung des Landesgesetzes zur Ausführung des
Zwölften Buches Sozialgesetzbuch
Gesetzentwurf der Landesregierung**
– Drucksache 16/3373 –

Berichterstatlerin: Abg. Gabriele Wieland

Herr Staatsminister Schweitzer berichtet, mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Änderung des SGB XII habe der Bundesgesetzgeber zum 1. Januar 2013 seine Zusage eingelöst, Länder und Kommunen bei den Kosten der Grundsicherung nach dem 4. Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch weiterhin zu entlasten. Weil der Bund seit dem Jahr 2013 einen mindestens hälftigen Anteil an den Ausgaben für Geldleistungen erstatte – seit dem 1. Januar 2014 seien dies sogar 100 % –, sei ab diesem Zeitpunkt die Bundesauftragsverwaltung eingetreten. Allerdings bleibe den Ländern die Einrichtung der für die Ausführung der im Rahmen der jeweiligen Bundesauftragsverwaltung zu vollziehenden Gesetze zuständigen Behörden vorbehalten.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werde geregelt, dass die im Bereich der Bundesauftragsverwaltung bestehende Fachaufsicht vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie ausgeübt werde und die Ausführung der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung weiterhin durch die Landkreise und kreisfreien Städte als örtliche Träger der Sozialhilfe erfolge. Weiterhin seien die Länder verpflichtet, die bisherigen bundesrechtlichen Regelungen zur Zuständigkeit durch Landesrecht zu ersetzen.

Der Bund sei dabei davon ausgegangen, dass diese Regelungen aufgrund der Vorgaben des Artikels 85 des Grundgesetzes dem Landesgesetzgeber vorbehalten bleiben müssten. Die Landesregierung habe die bisherigen Regelungen zur örtlichen Zuständigkeit für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, definiert in § 98 Abs. 1 SGB XII, in das Ausführungsgesetz übernommen.

Die Vorschriften zur Weiterleitung und Verteilung der Erstattungszahlungen des Bundes an die Träger der Grundsicherung würden dem geänderten Bundesrecht angepasst. Die Verpflichtung der Länder, dem Bund Nachweise für die entstandenen Nettoausgaben für Geldleistungen der Grundsicherung vorzulegen, werde den Trägern der Grundsicherung entsprechend auferlegt, damit das Land seine Verpflichtung gegenüber dem Bund erfüllen könne.

Da das Land im Verhältnis zum Bund nach Artikel 104 a Abs. 5 des Grundgesetzes für eine ordnungsgemäße Verwaltung hafte, werde die erforderliche Anspruchsgrundlage für das Land geschaffen, seinerseits Rückgriff auf die örtlichen Träger der Sozialhilfe nehmen zu können. Die Landkreise und kreisfreien Städte als örtliche Träger der Sozialhilfe hafteten bei der Ausführung der Grundsicherung im Verhältnis zum Land für eine ordnungsgemäße Verwaltung.

Darüber hinaus enthalte der Gesetzentwurf noch zwei Aktualisierungen, die nicht auf bundesgesetzlichen Vorgaben basierten. So solle die derzeitige Bestimmung des § 9 AG SGB XII über die Bildung eines Landessozialbeirates künftig entfallen. Dieser Landessozialbeirat habe seit zehn Jahren nicht mehr getagt, und seine Betätigungsgrundlage sei entfallen. Daher könne man auch nun in der Neufassung des Gesetzes darauf verzichten.

Wegen des Sachzusammenhangs sollten die Regelungsinhalte der §§ 8 a und 8 b AG SGB XII, in denen die Pflichten zur Mitteilung von Daten an das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung bzw. das für Sozialhilfe zuständige Ministerium geregelt werde, in einem eigenen Paragraphen zusammengefasst werden. Gleichzeitig werde die Einschränkung der Datenübermittlung an das fachlich zuständige Ministerium auf die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und die Hilfe zur Pflege aufgehoben.

Abschließend wolle er noch kurz auf zwei Themen eingehen, die nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit den Inhalten des aktuellen Gesetzentwurfs stünden. Das Gesetz solle und müsse rückwirkend zum 1. Januar 2013 in Kraft treten. Dass man sich erst in diesen Tagen mit dem Gesetzentwurf beschäftige, habe gute Gründe. Die kommunalen Spitzenverbände hätten erhöhten Erörterungsbe-

darf, der zu einer Bitte um Verlängerung der Anhörungsfrist geführt habe und zu dem Wunsch auf Beratung im Kommunalen Rat, nachdem die Landesregierung ursprünglich vorgeschlagen habe, eine Beratung im Umlaufverfahren vorzusehen. Natürlich sei man dem Wunsch der kommunalen Spitzenverbände, eine Beratung auch im Kommunalen Rat zu ermöglichen, was mit einem gewissen Zeitverlust einhergegangen sei, gerne entgegengekommen.

Weiterhin sei das Gesetzgebungsverfahren von anderen gesetzlichen Vorhaben begleitet worden, die hätten berücksichtigt werden müssen, um ein Landesgesetz vorlegen zu können, welches sich letztlich auf der Grundlage aktueller Rechtsprechung und weiterer gesetzlicher Regelungen befinde.

Auf Bundesebene etwa sei im Oktober 2013 das Zweite Gesetz zur Änderung des SGB XII verkündet worden. Mit diesem Gesetz sei die bundeseinheitliche Zuständigkeit für alle „stationären“ Leistungen wiederhergestellt worden und die Übergangslösung des § 136 SGB XII auf das Jahr 2014 ausgedehnt worden.

Darüber hinaus sei auf Landesebene im Oktober 2013 das Landesgesetz zur Reform des kommunalen Finanzausgleichs verabschiedet worden, und auch dort habe Aktualisierungsbedarf für diesen Gesetzentwurf bestanden. Es sei im Sinne guter Gesetzgebungsarbeit, darauf Rücksicht zu nehmen, und auch dies gehe mit einem gewissen Zeitverlust einher. – Es brauche seine Zeit, wenn ein gutes Gesetz vorgelegt werden solle.

Weiterhin werde auch im Zusammenhang mit dem aktuellen Gesetzentwurf die Forderung wiederholt, die Bundesbeteiligung an den Ausgaben der Grundsicherung in voller Höhe an die Landkreise und kreisfreien Städte weiterzureichen. Er weise an dieser Stelle darauf hin, man werde die Bundesbeteiligung an diesen Ausgaben natürlich in voller Höhe entsprechend der Belastung der örtlichen Träger der Sozialhilfe weiterreichen. Zur Wahrheit gehöre aber auch, dass das Land 16 % der Belastungen trage, und insoweit sei es nur im Sinne eines fairen Interessenausgleichs, dass auch der überörtliche Träger der Sozialhilfe entsprechend seiner Belastung berücksichtigt werde. Alles andere wäre nicht gerecht. Abschließend bitte er um Zustimmung und Unterstützung für dieses Gesetzgebungsvorhaben.

Frau Abg. Thelen führt aus, der Wegfall des Landessozialbeirates sei vollkommen in Ordnung, und auch die Neufassung der Datenschutzregelung sei völlig unproblematisch.

Sie bedankt sich an dieser Stelle für die Erläuterung dieser späten Gesetzesvorlage. Gleichwohl sei es für ein ordentliches Verwaltungshandeln sehr wichtig, dass es auf gesetzlichen Grundlagen geschehen könne. Dass nunmehr Mitte 2014 ein Gesetz beschlossen werde, welches schon Grundlage für das Verwaltungshandeln seit dem 1. Januar 2013 sein solle, sei keine gute Situation. Wenn es weitere Änderungen im Bundesrecht gebe, könne man auch Gesetze wieder anpassen; von daher bringe sie die Erwartung zum Ausdruck, dass man sich bemühen solle, dort, wo es möglich sei, zunächst einmal das Gesetz vorzulegen und zu verabschieden, um das Verwaltungshandeln zu regeln. Dies solle die normale Reihenfolge auch in Rheinland-Pfalz bleiben.

Bei dem wesentlichen Aspekt der Weiterleitung der Bundesmittel für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung an die Kommunen bleibe die CDU bei ihrer Auffassung: Grundlage dieses Verfahrens sei gewesen – auch schon auf Bundesebene in vielfältigen Gesprächen so vereinbart –, eine bessere Finanzausstattung der Kommunen zu bewirken. Um dies sicherzustellen, habe man es als opportun empfunden, die Aufwendungen für die Grundsicherung im Alter an die Kommunen vonseiten des Bundes zu übertragen.

Im Gegensatz zu der Landesregierung und der sie tragenden Fraktionen sei die CDU mit der bisherigen Anpassung des kommunalen Finanzausgleichs in Rheinland-Pfalz nicht zufrieden. Die CDU halte es nach wie vor für eine außerordentlich schwierige Finanzsituation in den Kommunen und sei deshalb an dieser Stelle nicht bereit, dieses Verfahren mit einem Anteil zugunsten des Landes von 16 % mitzutragen. Auch wenn Herr Staatsminister Schweitzer soeben fachlich begründet habe, dass das Land als überörtlicher Sozialhilfeträger einen Anteil übernehme, halte man es dennoch auch vor dem Hintergrund des Werdeganges dieser Leistungen für nicht gerechtfertigt. Vielmehr sei es notwendig, diese Leistungen den Kommunen in vollem Umfang weiterzuleiten. Dies sei auch die Position der

kommunalen Spitzenverbände, insbesondere des Landkreistages und des Städtetages, der man sich weiterhin anschließen werde und weshalb man auch dieser Gesetzesvorlage nicht zustimmen werde.

Frau Abg. Ebli macht deutlich, es sei an der Zeit gewesen, dass Ausgaben, die durch die Bundesgesetzgebung verursacht würden, in den Kommunen ausgeglichen würden. Es gebe keine Konnexität auf Bundesebene, wie sie etwa für das Land bestehe. Sie bedauere es auch, dass der Landkreistag nicht damit einverstanden gewesen sei, dass eine Entlastung, die der Kreis erfahre, auch an die Kommunen weitergegeben werde; denn die Gemeinden seien an den Ausgaben immerhin mit 25 % beteiligt, würden aber nach dem Willen des Landkreistages nicht entlastet.

Allen sei bekannt, dass insbesondere die Aufwendungen für die Grundsicherung im Alter oder für die Eingliederungshilfe einer der größten Ausgabeposten in einem Kreishaushalt oder im Haushalt einer Stadt seien. Wenn Frau Abg. Thelen nun kritisiere, dass 16 % beim Land verbleiben sollten, was die SPD im Übrigen im Gegensatz zu der Position der CDU für gerechtfertigt halte, dann müsse man fairerweise dazusagen, dass die Entlastung, die der Kreis erfahre, auch an diejenigen weitergegeben werden müsse, die diese Ausgaben mitfinanzierten.

Als ein wenig problematisch empfinde sie den bürokratischen Aufwand, aber sicherlich werde man im Laufe des Verfahrens und mit zunehmender Erfahrung auch dazu kommen, etwas mehr zur Entbürokratisierung beitragen zu können.

Herr Abg. Dr. Konrad nimmt Bezug auf die Aussage der Frau Abg. Thelen, dass die Aufwendungen für die Grundsicherung im Alter der Kommunen vom Land übernommen werden sollten. – Genau dies besage auch der Gesetzentwurf; denn die Aufwendungen der Kommunen betrügen nicht etwa 100 %, sondern genau 100 % minus 16 %, und genau diese würden auch vom Land übernommen. Genau dies besage der Gesetzentwurf: Es würden die Aufwendungen der Kommunen übernommen und eben nicht die Nichtaufwendungen der Kommunen.

Das größere Problem in dieser Verteilung – dies habe auch Frau Abg. Ebli soeben bestätigt – bestehe nicht zwischen Land und Kommunen. Über den kommunalen Finanzausgleich sei man sich nicht einig gewesen, aber diese Diskussion müsse an dieser Stelle auch nicht vertieft werden. In diesem Falle gehe es lediglich um die Kosten der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, und diese müssten auch auf der kommunalen Ebene so verteilt werden, dass dort die Aufwendungen übernommen würden. Die Aufwendungen seien nun einmal das, was man ausbebe, und genau das erhielten die Kommunen vonseiten des Landes auch zurück. Ob das Verhältnis zwischen den Gemeinden und den Kreisen entsprechend ausgeglichen sei, sei ebenfalls auf einer anderen Ebene zu klären, sei aber nicht Gegenstand dieses Gesetzentwurfs. Der Gesetzentwurf jedenfalls tue damit genau das, was auch Frau Abg. Thelen gefordert habe.

Herr Staatsminister Schweitzer kommt auf den Diskussionspunkt zu sprechen, ob nun 100 % oder 100 % minus 16 % weitergegeben werden sollten. Alle hätten auch eine kommunalpolitische Aufgabe wahrzunehmen. Viele seien in Räten tätig, und auch er selbst sei Mitglied eines Kreistages. Allen müsse doch klar sein, dass auch der Landkreistag genau wisse, dass die Weitergabe von 100 % – also auch der Kosten, die eigentlich dem Land zustünden –, politisch aus Sicht der kommunalen Spitzenverbände eine opportune Forderung sei. Aber natürlich wüssten auch die kommunalen Spitzenverbände, dass sich das Land nicht darauf einlassen werde, weil auch die anderen Bundesländer es nicht machten und das für sich behielten, was mit ihren eigenen Belastungen verbunden sei, und nur das eins zu eins an die Kommunen weitergäben, was tatsächlich in den Kommunen an Belastungen entstehe.

Die CDU übernehme nun die Forderung des Landkreistages und anderer Verbände, und das sei politisch völlig legitim. Aber niemand könne doch erwarten, dass sich das Land auf diese Position einlassen werde und über das hinaus gehe, was den Kommunen tatsächlich an Belastungen entstanden sei.

Zu der historischen Entwicklung im Bereich der Grundsicherung führt er aus, es sei seinerzeit eine Forderung des damaligen Ministerpräsidenten Kurt Beck gewesen, der es im Reigen der Verhandlungen auch auf Bundesratsebene durchgesetzt habe, dass eine Kostenübernahme der Grundsicherung erfolge. Alle seien froh darüber, da man diese Entlastung dringend brauche. Dass dies nun auch im

28. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 08.05.2014
– Öffentliche Sitzung –

Vorfeld der zu erwartenden Belastungen im Bereich der Bundesteilhabegesetzgebung möglich werde, sei ebenfalls in der damaligen Initiative begründet.

Der Ausschuss beschließt mit den Stimmen der Vertreterinnen und Vertreter der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Vertreterinnen und Vertreter der Fraktion der CDU, dem Landtag die Annahme des Gesetzentwurfs – Drucksache 16/3373 – zu empfehlen (siehe dazu Vorlage 16/3937).

Elektronische Fassung

Punkt 4 der Tagesordnung:

Blutspende bei Personen mit sexuellem Risikoverhalten
Antrag der Fraktion der CDU nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3726 –

Herr Vors. Abg. Dr. Enders führt aus, Grund für diesen Berichtsantrag sei eine vor über zwei Jahren erfolgte Anhörung zu diesem Thema. Zwischenzeitlich habe es in der medizinischen Fachwelt Denkveränderungen gegeben. So habe zum Beispiel der Arbeitskreis Blut beim Bundesministerium für Gesundheit in seiner 75. Sitzung im März letzten Jahres dafür plädiert, dass unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten zukünftig eine befristete Rückstellung von Personen mit sexuellem Risikoverhalten stattfinden solle anstatt eines Dauerausschlusses.

In der Zwischenzeit hätten die Landtage in Sachsen-Anhalt, Thüringen und Nordrhein-Westfalen sowie die Bremer Bürgerschaft in ihren Sitzungen Empfehlungen an den Arbeitskreis Blut verabschiedet, den dauerhaften Ausschluss in eine zeitlich befristete Rückstellung umzuwandeln. Er bitte die Landesregierung um Berichterstattung dazu.

Herr Staatsminister Schweitzer trägt vor, die Qualität und Versorgungssicherheit von Blutprodukten sei ein besonders sensibles Thema, das in der Bevölkerung nicht selten mit Befürchtungen oder auch mit diffusen Ängsten besetzt sei. Vor dem Hintergrund des bundesweiten Bluterskandals Ende der 1980er-Jahre, der noch heute seine dramatischen Auswirkungen zeige, sowie der skandalösen Vorgänge um unzureichend getestete Blutkonserven bei der UB Plasma Anfang der 1990er-Jahre in Koblenz sei diese Sorge insbesondere in Rheinland-Pfalz verständlich und auch nachvollziehbar.

Der Sozialpolitische Ausschuss habe deshalb in seiner 9. Sitzung am 8. März 2012 die Sicherheit von Blutplättchen-Konzentraten und der Blutspenderauswahl bei der Blutspende durch Homosexuelle im Rahmen einer Anhörung intensiv diskutiert. Die Expertinnen und Experten der Fachverbände und befragten Bundesoberbehörden hätten dabei die Auffassung vertreten, dass die Sicherheit der Blutprodukte oberste Priorität bei der Herstellung von Blutprodukten und der vorausgehenden Spenderauswahl besitzen müsse.

Es sei übereinstimmender Konsens der Expertinnen und Experten während der Anhörung gewesen, dass die derzeitige Versorgung mit Blutprodukten in Deutschland sehr sicher sei, nicht zuletzt wegen der bestehenden Kooperationsvereinbarung gemäß § 3 Abs. 2 des Transfusionsgesetzes vom 29. Mai 2008, die die verschiedenen Blutspendedienste zur Zusammenarbeit verpflichtete. Diese Vereinbarung sei eine Umsetzung des Beschlusses der 80. GMK in Ulm im Jahr 2007, der eine bessere Zusammenarbeit der verschiedenen Blutspendedienste im Sinne der sicheren Versorgung der Patienten und Patientinnen zum Ziel gehabt habe.

Gleichwohl sei die rheinland-pfälzische Landesregierung der Auffassung, dass sämtliche Regelungen im Blutspendebereich so gestaltet werden müssten, dass sie nicht diskriminierend auf bestimmte Personengruppen wirkten. Deshalb begrüße die Landesregierung die Zweite Richtlinienanpassung der Querschnittsleitlinien der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2010, die bei den Ausschlusskriterien von der Blutspende auf das sexuelle Risikoverhalten und nicht mehr auf die sexuelle Orientierung abziele. Danach sei in den einschlägigen Hämotherapie-Richtlinien auf Basis des Transfusionsgesetzes bei der Spenderauswahl vorgeschrieben, dass unter anderem

„Personen, deren Sexualverhalten ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhtes Übertragungsrisiko für durch Blut übertragbare schwere Infektionskrankheiten wie HBV, HCV oder HIV bergen:

- Heterosexuelle Personen mit sexuellem Risikoverhalten, zum Beispiel Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Partnern,
- Männer, die Sexualverkehr mit Männern haben,
- männliche und weibliche Prostituierte“

dauerhaft von der Blutspende auszuschließen seien. Diese Entscheidung beruhe auf Daten und Zahlen über Neuinfektionen des zuständigen Robert-Koch-Institutes, die belegten, dass diese Personengruppen wegen ihres Sexualverhaltens gegenüber der übrigen Bevölkerung eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit besäßen, schwerwiegende und durch Blut übertragbare Infektionskrankheiten zu erwerben. Die Auflistung sei nach Auffassung der Landesregierung zunächst einmal eine neutrale Kriterienammlung und müsse in dieser Form nicht diskriminierend wirken.

Seit ungefähr zwei Jahren sei festzustellen, dass die Interessensverbände der Schwulen und Lesben und Bisexuellen verstärkt Aktivitäten entwickelten, um den ihrer Auffassung nach diskriminierenden Dauerausschluss von der Blutspende in eine befristete Rückstellung umzuwandeln. Sie verwiesen dabei auf europäische Nachbarländer wie Großbritannien, Spanien und Schweden, die bei der Spenderauswahl auf eine befristete Rückstellung von einem bis zu zehn Jahren bei Männern setzten, die Sex mit Männern hätten, ohne eine wesentliche Risikoerhöhung. Dabei sei anzumerken, dass eine solche Regelung de facto auch nichts anderes wäre als ein permanenter Ausschluss, zumindest, wenn man von zehn Jahren ausgehe.

Andere Länder, zum Beispiel Österreich, Frankreich oder die Niederlande, setzten bei der Gruppe von Männern, die Sex mit Männern hätten, wie Deutschland auf einen dauerhaften Ausschluss von der Blutspende. Derzeit sei eine Klage eines französischen Blutspenders beim Europäischen Gerichtshof anhängig, bei der es um die rechtliche Zulässigkeit des dauerhaften Ausschlusses von Männern, die Sex mit Männern hätten, gemäß der einschlägigen europäischen Richtlinie gehe. Das Urteil stehe noch aus.

Auch die Landtage in Nordrhein-Westfalen, Thüringen, Sachsen-Anhalt und aktuell im Januar 2014 auch Niedersachsen hätten sich mit dem Thema des Dauerausschlusses von Blutspendern beschäftigt. Als Ergebnis hätten sie eine Prüfbitte an die verantwortlichen Gremien bei der Bundesärztekammer und an das Bundesgesundheitsministerium gerichtet, die Möglichkeiten der Umwandlung des Dauerausschlusses in eine befristete Rückstellung zu sondieren.

Der Vorstand der Bundesärztekammer habe am 22. Februar 2013 beschlossen, dass unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten und bestimmten sicherheitsfördernden Kriterien auch eine Umwandlung in eine befristete Rückstellung von der Blutspende ausreichend sein könne. Dies setze jedoch voraus, dass weitere flankierende Maßnahmen zur Steigerung der Sicherheit bei Blutprodukten, zum Beispiel die bessere Aufklärung und mehr Transparenz bei Spenderfragebogen, erforderlich seien, um die Kooperationsbereitschaft der Blutspender zu erhöhen. Dieses Beratungsergebnis habe der Arbeitskreis Blut des Bundesgesundheitsministeriums am 5. März 2013 zustimmend zur Kenntnis genommen.

Auch die 86. GMK habe sich Ende Juni 2013 mit den Dauerausschlusskriterien bei der Blutspende befasst. In ihrem einstimmigen Beschluss nehme die GMK zur Kenntnis, „Dass der Blutspende-Dauerausschluss von Männern, die Sex mit Männern haben oder hatten, seitens der betroffenen Personengruppen als Diskriminierung empfunden wird. Daher bittet sie die Bundesärztekammer in Verbindung mit dem Robert-Koch-Institut und dem Paul-Ehrlich-Institut zu prüfen, inwieweit der Dauerausschluss von der Blutspende von Männern, die Sexualverkehr mit Männern hatten oder haben, ohne Risikoerhöhung für die Empfänger so abgeändert werden kann, dass er seitens der Betroffenen nicht weiterhin als Diskriminierung empfunden wird. Hierbei soll insbesondere auch geprüft werden, ob geltende europäische Richtlinien oder arzneimittelrechtliche Vorgaben dem Ziel einer raschen Abänderung des Dauerausschlusses entgegenstehen können.“

Die Bundesärztekammer sei zurzeit der Auffassung, dass eine Umwandlung eines dauerhaften Ausschlusses in eine befristete Rückstellung zwingend einer Änderung der einschlägigen europäischen Richtlinie erfordere, die die Durchführung europaweit regelt. Eine solche Änderung auf politischer Ebene in Europa – dies wüssten alle – wäre sehr langwierig.

Nach Meinung des Arbeitskreises Blut beim BMG sowie des Paul-Ehrlich-Institutes sei eine Umstellung zu einer befristeten Rückstellung auch ohne rechtliche Änderungen der einschlägigen europäischen Richtlinie möglich, wenn die Sicherheitsdaten ein solches Vorgehen rechtfertigten. Derzeit seien das Bundesgesundheitsministerium und das Paul-Ehrlich-Institut jedoch auf Basis der Infektionsdaten noch zurückhaltend, generell eine solche Empfehlung auszusprechen.

Die 87. GMK, die unmittelbar bevorstehe, werde Mitte des Jahres 2014 stattfinden und sich erneut mit dem Thema des dauerhaften Ausschlusses beschäftigen. An dieser Stelle solle deutlich gesagt werden, dass auch die rheinland-pfälzische Landesregierung eine Änderung befürworte, von einem Dauerausschluss wegzukommen, wenn die Infektionsdaten und -zahlen dies nahelegten und ermöglichten. Aber er wolle ebenso deutlich sagen, dass die Sicherheit von Blutprodukten und die ordnungsgemäße Versorgung mit qualitativ hochwertigen Blutpräparaten dabei im Mittelpunkt aller Überlegungen stehen müsse, auch im Sinne des gebotenen Gesundheitsschutzes. Auch er sehe die Diskussion der Verbände sowie der betroffenen Bürgerinnen und Bürger, die sich diskriminiert fühlten. Er könne dies nachvollziehen, wolle aber auch deutlich machen, dass das weitere Vorgehen ein behutsames Vorgehen sein müsse; denn bei möglichen Änderungen der Kriterien der Auswahl von Blutspendern vor dem Hintergrund, dass die Versorgung mit Blutprodukten auch in Zukunft gewährleistet sein müsse, müsse man sehr vorsichtig agieren. Vor der Überarbeitung der Spenderrichtlinien sei der fachliche Austausch mit der Bundesärztekammer und dem Bundesgesundheitsministerium herzustellen, und Lösungsvorschläge sollten im Konsens erarbeitet werden. Dies sei gerade bei diesem Thema das Gebot der Stunde.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders hält die Aussage für sehr wichtig, dass es auch bei den derzeit geltenden Richtlinien nicht um Diskriminierung eines sexuellen Verhaltens gehe, sondern letztendlich um die Beschreibung eines Risikoverhaltens. Das Hauptproblem sei das diagnostische Zeitfenster, was bedeute, wie lange ein Test negativ sei, obwohl der betreffende Spender schon mit einer Krankheit infiziert sei. Dieses Zeitfenster liege um die vier Wochen, wobei man große Sicherheitszuschläge gewährleisten müsse. Dies könne man sicherlich lösen. Die Verbesserung der Tests sei eine Grundlage dafür, um mit dazu beizutragen, dass die Problematik entspannt werden könne.

Andererseits sei die sehr lange zeitliche Befristung juristisch klar und greife auch in dieser Situation; allerdings sei sie lebensfremd. Wenn jemand – unabhängig, ob homosexuell oder heterosexuell – eine sexuelle Verbindung habe, gehe er nicht davon aus, dass er eine einjährige Karenzzeit habe. Von daher sei es eine akademische Diskussion, die letztendlich niemandem weiterhelfe.

Hinzu komme, dass die Ärzte, die diesen Spender zuließen, im Rahmen eines kurz gehaltenen Gesprächs die Problematik thematisieren müssten. Aus eigener Erfahrung als Arzt könne er nur bestätigen, dass es schwierig sei, eine solch diffizile Problematik unter einem gewissen Zeitdruck wie auch unter Würdigung der Umstände umfassend anzusprechen. Er könne derzeit nicht sagen, wie es weitergehen solle; daher sei er daran interessiert, die Meinungen auch der anderen diesbezüglich kennenzulernen.

Nachdem die Landtage in Sachsen-Anhalt, Thüringen, Nordrhein-Westfalen und Bremen sich entsprechend geäußert hätten, sei zu überlegen, ob nicht auch der gesundheitspolitische Ausschuss die Initiative ergreifen sollte, dem rheinland-pfälzischen Landtag vorzuschlagen, eine entsprechende Empfehlung vorzubereiten, um sich in der Öffentlichkeit in dieser Angelegenheit zu positionieren.

Frau Anklam-Trapp führt aus, nach der Anhörung im März 2012 über die Blutspende und die Blutprodukte habe Konsens darüber bestanden, dass nicht die Ausgrenzung, sondern die absolute Sicherheit im Vordergrund stehen müsse, auch mit Blick auf die Erfahrungen, die man im Land Rheinland-Pfalz gemacht habe. Letztendlich hätten damals zehn infektiöse Spender den großen Blutskandal verursacht. Aber die meisten vorhandenen Blutprodukte und -spender gewährleisten die wichtige Aufgabe der Versorgung der Bevölkerung, und die meisten kämen regelmäßig zur Blutspende.

Diejenigen, die eine Blutspende abgaben und ihr Risikoverhalten in einem Fragebogen offenlegten, hätten danach, zum Beispiel telefonisch, immer noch die Möglichkeit, ihre Spende zurückzuziehen. Für wichtig erachte sie, die Regelungen in den einzelnen Bundesländern einander anzugleichen. Eine europäische Lösung wäre wunderbar, da es ein großer Markt sei, aber dies sei aufgrund der zeitlichen Vorgaben eher illusorisch. Es bedürfe einer einheitlichen Regelung in Deutschland. Niemand solle ausgegrenzt werden, aber die Sicherheit habe absoluten Vorrang. Veränderungen gegenüber sei man immer aufgeschlossen und werde auch weiterhin die Beratungen positiv begleiten.

Herr Abg. Dr. Dr. Schmidt stellt fest, auf diesem Gebiet vollziehe sich ein Entwicklungsprozess, und zwar sowohl auf der medizinischen Ebene als auch mit Blick auf eine bessere Aufklärung und mehr Transparenz. Der Position der Landesregierung, die sehr besonnen und vernünftig sei, könne er sich

guten Gewissens nur anschließen. Wenn es die medizinische Faktenlage zulasse, wäre es nur vernünftig, diesen Weg zu beschreiten. Der Schutz und die Sicherheit der Patienten müsse absolute Priorität genießen. Er begrüße sehr die Position der Landesregierung, Veränderungen vorzunehmen, wenn die Faktenlage es zulasse.

Frau Abg. Anklam-Trapp ergänzt, ihres Wissens bestehe derzeit eine auskömmliche Situation der Blutspender und Blutprodukte. Jeden Sommer würden entsprechende Werbekampagnen durchgeführt. Aber genau vor diesem Hintergrund wolle sie die Diskussion nicht führen, sondern in Ruhe und Gelassenheit. Sie möchte wissen, wie sich die aktuelle Versorgungssituation mit Blutprodukten und -spendern derzeit in Rheinland-Pfalz darstelle.

Herr Staatsminister Schweitzer äußert, würde man sich dieser Frage von der Versorgungssituation her nähern, müsste man diese Debatte so nicht führen. Die Versorgung sei sehr gut, und man könne sogar davon sprechen, dass der Markt gesättigt sei.

Die Diskussion werde eher aus politisch-gesellschaftlichen Gründen geführt; denn es gehe um ein Thema, bei dem eine Diskriminierung befürchtet werde, die abzubauen sei. Dies könne er sehr gut nachvollziehen. Als Gesundheitsminister könne er nur sagen, es gebe keine Notlage, was die Plasma- und Blutspendenversorgung in Rheinland-Pfalz, aber auch darüber hinaus angehe.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders stimmt mit Herrn Staatsminister Schweitzer in dessen Einschätzung überein. Die Versorgungslage im Land variere ein wenig, abhängig von den Jahreszeiten. Allerdings dürfe eine angespannte Versorgungslage keine Begründung dafür sein, plötzlich die Richtlinien zu ändern. Diese beiden Dinge müssten unabhängig voneinander diskutiert werden.

Der Geburtenjahrgang 1964, der im letzten Jahrhundert der geburtenstärkste Jahrgang gewesen sei, werde in diesem Jahr 50 Jahre alt. Die Jahrgänge, die nun ins Spendenalter kämen – die 18-Jährigen –, seien nur ungefähr halb so stark. Darüber hinaus müsse man wissen, dass in städtischen Regionen proportional viel weniger Blut gespendet werde als in ländlichen Regionen. Paradebeispiel für Rheinland-Pfalz sei der Landkreis Bitburg-Prüm; nirgendwo gebe es so viele Blutspender wie in Bitburg-Prüm.

Aus diesen Zahlen heraus sei heute bereits bekannt, dass im Jahr 2030 bei gleichbleibendem Bedarf und einer älter werdenden Bevölkerung auch bei bluteinsparenden Operationen man unter Umständen ein Versorgungsdefizit von 30 % bekommen werde, wenn sich nichts Grundlegendes verändere. Er sei dennoch der Ansicht, dass eine liberalere Handhabung bei Blutspender mit Risikoverhalten nicht dazu führen werde, den Bedarf zu decken. Stattdessen müsse man versuchen, junge Menschen dazu zu motivieren, zur Blutspende zu gehen. Daher müsse man die beiden Dinge parallel betrachten.

Herr Abg. Dr. Konrad erinnert daran, in den vergangenen zehn Jahren habe es nach Berichten der Experten in der Anhörung nur ganz vereinzelt Übertragungen von Erkrankungen durch Blutprodukte gegeben. In allen Fällen sei nachweisbar gewesen, dass richtige Angaben anlässlich der Befragungen auf dem Fragebogen dazu geführt hätten, dass genau dieses Blut nicht verwandt worden wäre. Das bedeute, die tatsächlich stattgefundenen Infektionen hätten dadurch verhindert werden können, dass in der Befragungssituation im Fragebogen irgendetwas nicht geschehen sei, was den Spender oder die Spenderin dazu bewogen habe, über ihr Verhalten keine entsprechende Auskunft zu geben.

Dies habe die Ärzte in Rheinland-Pfalz dazu bewogen, immer wieder darauf hinzuweisen, dass nicht etwa die Risikogruppe ausgegrenzt, sondern das Risikoverhalten entsprechend erfragt werden solle, damit die entsprechenden Informationen auch tatsächlich weitergegeben werden könnten. Dies betreffe sowohl die Erarbeitung der Fragebögen an sich als auch die Gesprächssituation vor allem bei Erstspendern, aber auch bei Dauerspendern über das zwischenzeitliche Verhalten sowie auch den immer erneuten und intensiven Hinweis auf die Möglichkeit der späteren Rücknahme der eigenen Spende.

Das bedeute, das Risiko könne dadurch gesenkt werden, dass ein infektionssicheres Spenderinnenpotenzial vorgehalten werden könne und dass man sich auf die Angaben dieser Spenderinnen auch verlassen könne. Dabei müssten zunächst die entsprechenden Kriterien festgelegt werden, wobei seine Fraktion völlig missverstanden würde, wenn sie aus politischen Gründen irgendein zusätzliches Risiko eingehen wollte. Dies wolle auch BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in keinem Fall. Es solle lediglich

die Situation dahingehend geändert werden, dass genau diese Diskriminierungsfreiheit auch zu einem geringeren Risiko führe, und zwar dadurch, dass die entsprechenden Befragungen und die Informationsweitergabe diskriminierungsfrei erfolge und auch erleichtert werde. Darauf müsse man sich konzentrieren.

Es gehe insbesondere um Anfragen von Männern, die gelegentlich auch einmal nicht heterosexuelle Kontakte pflegten. Die Männer, die immer homosexuelle Kontakte hätten, legten in ihrem Verhalten sicherlich keine mehrmonatige oder gar mehrjährige Pause ein. Dies zu glauben, sei nur lebensfremd. Aber es gebe auch durchaus Männer, die gelegentlich oder in früheren Phasen ihres Lebens solche Kontakte gehabt hätten, aber dies nicht regelmäßig praktizierten. Diese Männer hätten darauf hingewiesen, dass sie sich dadurch diskriminiert fühlten, und dem könne man entsprechend entgegenkommen.

Wichtig für ihn sei die Tatsache, dass andere europäische Länder diese Fristen bereits eingeführt hätten und dass man nach deren Erfahrungen nun beurteilen könne, ob dies zu einem zusätzlichen Übertragungsrisiko führe oder nicht; allerdings müsse man auch bedenken, dass zehn Übertragungen auf viele Millionen Spenden allein in Deutschland bedeute, dass man einen mehrjährigen Beobachtungszeitraum benötige, bis man die Risiken vergleichen könne. Rheinland-Pfalz sei durchaus bereit, diese abwartende Haltung, die auch schon angedeutet worden sei, zu teilen.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders schildert, in dem Fragebogen existiere bereits eine solche Frage, in der alle Risikogruppen aufgezählt würden und wo der Spender oder die Spenderin die Möglichkeit habe, mit Ja oder Nein anzukreuzen. Dies sei problematisch, da der Spender dann dem Arzt gegenüber sein Verhalten direkt offenbaren müsste. Daher gebe es in Rheinland-Pfalz schon seit vielen Jahren die Möglichkeit, eine nicht diskriminierende Antwort zu geben, indem man Nein ankreuze – obgleich man Ja ankreuzen müsste – und indem man anschließend diskret einen Barcode – rot oder grün umrandet – in ein sogenanntes VSA-Feld (Vertraulicher Selbstausschluss) klebe, ohne dass Dritte dabei zusehen könnten, und sich auf diese Weise wieder selbst von der Blutspende ausschließen könne. Dieser Barcode könne anschließend in der Blutspendenzentrale ausgelesen werden, ohne dass der Betreffende zugegen sein müsse. Dies sei ein Sicherheitsfaktor, der eingebaut worden sei und der in seinen Augen auch richtig sei und zu mehr Diskretion beitrage.

Man werde die Entwicklung weiter beobachten. Wenn es seitens des Ministeriums neue Erkenntnisse gebe, bitte er darum, den Ausschuss unaufgefordert darüber zu informieren.

Herr Staatsminister Schweitzer sagt dies zu.

Auf Bitten des Vorsitzenden, Herrn Abg. Dr. Enders, sagt Herr Staatsminister Schweitzer zu, dem Ausschuss seinen Sprechvermerk zur Verfügung zu stellen.

Der Antrag – Vorlage 16/3726 – hat damit seine Erledigung gefunden.

Punkt 5 der Tagesordnung:

Neue G-BA Qualitätsvorgaben zur Versorgung von Frühgeborenen
Antrag der Fraktion der SPD nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3781 –

Frau Abg. Anklam-Trapp führt aus, die Qualitätsvorgaben zur Versorgung von Frühgeborenen in Rheinland-Pfalz würden von der SPD vollumfänglich unterstützt. Diese Vorgaben seien erforderlich, und zwar sowohl pflegerischerseits als auch ärztlicherseits. Die Übergangsfrist sei bis 2016 vorgesehen. Die Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz, mit der man Kontakt aufgenommen habe, sehe dies ebenso. Man sei der Auffassung, dass die Übergangsfrist nur schwer an den verschiedenen neonatologischen Standpunkten in Rheinland-Pfalz umzusetzen sei.

Sie stellt die Frage, wie die Landesregierung oder der Ausschuss zu einer Verlängerung der Übergangsfrist stehe und wie man mit dieser Situation umgehen könne, um eine qualitativ hochwertige und gute Versorgung der Frühchen unter 1.250 Gramm sicherstellen und gewährleisten zu können.

In der „Mainzer Allgemeinen Zeitung“ sei jüngst ein ganzseitiger Bericht zu diesem Thema veröffentlicht worden, und auch in den Medien sei dieses Thema der Versorgung der Kleinsten mit einer deutlichen Präsenz aufgenommen worden. Der Titel dieses Berichts laute: „Gut gemeint, schlecht gemacht“, und die SPD wolle es zukünftig gut machen. Sie bittet die Landesregierung um Bericht und Information.

Herr Staatsminister Schweitzer trägt vor, der Gemeinsame Bundesausschuss – G-BA – habe am 20. Juni 2013 die sogenannte Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene beschlossen, die zum 1. Januar 2014 in Kraft getreten sei. Die Richtlinie schreibe weitreichende Personalstandards für den Bereich Neonatologie vor. Beispielhaft für das Perinatalzentrum Level 1 – für Frühchen unter 1.250 Gramm – bedeute dies in der Umsetzung eine 1 : 1-Betreuung von intensivtherapiepflichtigen Frühgeborenen im Pflegebereich, eine Fachweiterbildungsquote der Pflegekräfte für den Bereich „Pädiatrische Intensivpflege“ von 40 %, eine 24-Stunden-Arztpräsenz und eine Anerkennung des Zentrums als Weiterbildungsstätte.

Diese Richtlinie sehe nur bei begründeten Umständen die Möglichkeit einer Übergangsregelung bis zum Jahr 2016 vor. Die Umsetzung der Richtlinie stelle die betreffenden Krankenhäuser vor Probleme, insbesondere im Bereich der Weiterbildung des Personals, der Personalgewinnung, welches man weiterbilden könne bzw. welches bereits weitergebildet sei, und die Finanzierung der erforderlichen Schritte insgesamt.

In Rheinland-Pfalz würden Frühgeborene mit dieser Gewichtskategorie unter 1.250 Gramm an insgesamt neun Perinatalzentren mit Level 1 versorgt. Die Perinatalzentren Level 1 in Rheinland-Pfalz hätten den zusätzlichen Fachkräftebedarf geschätzt und gingen davon aus, dass der derzeitige Personalbestand um das 2,6-Fache über alle Qualifikationsstufen hinweg steigen müsste.

Allein für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit abgeschlossener Fachweiterbildung in pädiatrischer Intensivpflege müsste der Personalbestand vervierfacht werden. Zudem stünden neonatologische Intensivfachkräfte in dem zusätzlich erforderlichen Umfang zurzeit nicht zur Verfügung. Es müsse angezweifelt werden, ob bis zum Stichtagtermin überhaupt genügend Fachpersonal ausgebildet werden könne.

In Rheinland-Pfalz könne die praktische Ausbildung in der pädiatrischen Intensivmedizin nur an der Universitätsmedizin in Mainz absolviert werden. Dafür sei ein Stundenumfang von 600 Stunden notwendig, diese Weiterbildung erstrecke sich über fünf Monate. Nur in den Universitätskliniken seien in der Regel entsprechende Patientinnen und Patienten und auch Praxisanleiter vorhanden.

Darüber hinaus sei auch die Finanzierungsfrage für die Umsetzung dieser Richtlinie zu klären. Eine Finanzierung über die DRGs sei nur mit einer Anpassungsverzögerung von mehreren Jahren möglich und würde lediglich zu einer Umschichtung innerhalb der Budgets führen. Deshalb favorisierten die Bundesländer eine Zuschlagslösung für zusätzliche Qualitätsanforderungen. Hierzu bedürfe es eines Einwirkens auf die Kostenträger auf Bundes-, aber auch auf Landesebene.

Das Ministerium gehe zurzeit nicht davon aus, dass die flächendeckende Versorgung von Frühgeborenen in Rheinland-Pfalz gefährdet sei. Mindestens ein Krankenhaus, das St. Marien- und Annastiftskrankenhaus in Ludwigshafen, das er kürzlich besucht habe, habe angemeldet, bereits jetzt die G-BA-Vorgaben voll erfüllen zu können. Alle anderen acht Krankenhäuser bemühten sich, unterstützt auch vom Ministerium und von der Krankenhausgesellschaft in einer sehr guten Kooperation, die Vorgaben zu erfüllen.

Das Ministerium sei im regelmäßigen Austausch zum Stand der Umsetzung. Das Land berate die Krankenhäuser, zum Beispiel bei der Frage der Aus- und Weiterbildung. Unter anderem werde ein Weiterbildungsverbund zwischen Worms, Speyer und Kaiserslautern angestrebt.

Aus Sicht der Bundesländer – auch eingedenk der Gespräche, die er mit den Kolleginnen und Kollegen geführt habe – sei man sich parteiübergreifend, auch zwischen den A- und den B-Ländern, einig, dass die Übergangsfrist verlängert werden solle. Der Antrag zu einer Verlängerung könne jedoch nur von den Mitgliedern im G-BA-Unterausschuss Qualitätssicherung beantragt werden; dazu gehöre auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

Er sei der Meinung, dass die Qualitätssicherungsrichtlinie in die richtige Richtung gehe. Sie sei entstanden nach einer intensiven Diskussion, auch mit den Verbänden der betroffenen Eltern und der Fachdisziplinen, die sich mit diesem Thema wissenschaftlich und in der Praxis schon seit vielen Jahren auseinandergesetzt hätten. Allerdings müsse man bei der Umsetzung in der Krankenhauslandschaft deutschlandweit sehen, dass man derzeit auch beim besten Willen die Möglichkeit nicht sehe, die Frist, wie bereits vorgetragen, im G-BA-Beschluss einzuhalten. Daher benötige man ein wenig mehr Zeit, ohne jedoch dabei den Ehrgeiz zu verlieren, diese Richtlinie umzusetzen.

Frau Abg. Anklam-Trapp nimmt Bezug auf die fachliche Weiterbildung mit einem zeitlichen Umfang von 600 Stunden bzw. fünf Monaten an der Universitätsklinik in Mainz und fragt, ob diese Fortbildung berufsbegleitend oder in einer Freistellungsphase absolviert werden könne. Des Weiteren möchte sie wissen, wie viele Interessenten in diesem Jahr zu erwarten seien. Auch die Fachkräfte-Bedarfssituation spiele dabei sicherlich eine wichtige Rolle.

Herr Staatsminister Schweitzer habe davon gesprochen, dass sich der Personalstand bis zum Jahr 2016 vervierfachen müsste. Sie fragt nach, wie viele neonatologische Pflegefachkräfte man insgesamt in Rheinland-Pfalz benötige, um diese Betreuung zu gewährleisten. Die Qualitätssicherheit besitze dabei absoluten Vorrang.

Für die Weiterbildung der Hebammen gebe es einen Weiterbildungsverbund zwischen Worms, Speyer und Ludwigshafen. Auch den Weiterbildungsverbund im neonatologischen Bereich, den Herr Staatsminister Schweitzer soeben angesprochen habe, könne sie nur unterstützen, um eine zweite Möglichkeit der Fach- und Weiterbildung zu schaffen. Zuständig für diesen Bereich sei ein Unterausschuss des G-BA. Sie fragt nach, weshalb die Zuständigkeit nicht beim G-BA selbst angesiedelt sei.

Frau Abg. Thelen ruft in Erinnerung, der Ausschuss habe vor nicht allzu langer Zeit auch über das Thema der Säuglingssterblichkeit in Rheinland-Pfalz gesprochen. Auch vor diesem Hintergrund sei es wichtig, dass sich die Krankenhäuser bemühten, die Qualitätsrichtlinien alsbald umzusetzen. Auf die praktischen Probleme habe Herr Staatsminister Schweitzer bereits hingewiesen. Sie möchte wissen, ob es einen Zeitpunkt gebe, auf den sich die Länder für die Verlängerung der Fristen verständigt hätten, und wie Herr Staatsminister Schweitzer die Möglichkeit einschätze, für neun Standorte tatsächlich das notwendige Fachpersonal zu erhalten. Des Weiteren bitte sie um die Mitteilung einer konkreten Zahl, wie viele Kräfte sich weiterqualifizieren müssten bzw. zusätzlich eingestellt werden müssten.

Bei diesen notwendigen Einstellungen müsse man davon ausgehen, dass dies in den umliegenden Bundesländern in gleicher Weise der Fall sein müsse. Das bedeute, um diejenigen, die sich bereits in einer Qualifikationsmaßnahme oder Ausbildung befänden, werde schon jetzt sehr stark gerungen. Sie fragt, wie Herr Staatsminister Schweitzer die Chance einschätze, diesen Bedarf tatsächlich decken zu können.

Herr Abg. Dr. Konrad begrüßt es außerordentlich, dass in diesem Bereich eine Qualitätsentwicklung stattfinde und dass es nicht darum gehe zu kritisieren, dass diese Richtlinie in der Form in Kraft ge-

setzt worden sei, sondern darum, eine praktikable Umsetzung zu ermöglichen, die auch ein rechtssicheres Verfahren für die betreuenden Krankenhäuser bedeute. Wenn die Häuser die Richtlinie nicht umsetzen könnten, seien sie im Prinzip nicht berechtigt, die Frühgeborenen zu versorgen, wenngleich sie es tun müssten, weil sie den Versorgungsauftrag zu erfüllen hätten, und gerieten somit in eine Situation, die auch aus juristischer Sicht sehr schwierig sei.

Des Weiteren begrüße er diese Qualitätsrichtlinie, die mehrere positive Auswirkungen habe: Zum einen biete sie die Möglichkeit, dass das Feld der Krankenpflege und insbesondere der Kinderkrankenpflege eine zusätzliche Qualifikation für einen nennenswerten Anteil der dort beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfahre und damit die Möglichkeit eines zusätzlichen Einkommens eröffne. Er erinnere in diesem Zusammenhang auch an die Ziele des Projekts „Gesundheit und Pflege 2020“. Für die Attraktivität des Berufsbildes des Pflegeberufs sei dies eine wichtige Auswirkung.

Zum anderen weise er darauf hin, dass dort, wo viele Kinderkrankenpflegekräfte mit entsprechender intensivmedizinischer Weiterbildung zur Verfügung stünden, auch die Versorgung in der mobilen Kinderkrankenpflege einfacher und besser sei und dass in Rheinland-Pfalz sehr häufig mobile Kinderkrankenpflegedienste die Kinder vor Ort versorgten, die auch aus anderen Bundesländern kämen, weil dort das entsprechende Personal nicht immer akquiriert werden könne. – Allerdings müsse man in diesem Kontext auch dazu sagen, dass die Dichte der zu versorgenden Patienten in Rheinland-Pfalz als einem Flächenland natürlich deutlich geringer sei als in den Ballungszentren wie Stuttgart, München oder dem Rhein-Main-Gebiet. Auch in diesem Bereich bestehe die Auswirkung, dass die Versorgungsmöglichkeiten besser würden, wenn die Qualitätsrichtlinie dazu führe, dass sich immer mehr zumeist junge Kinderkrankenpflegekräfte auch intensivmedizinisch weiterbildeten.

Die Auswirkung dieser Qualitätsrichtlinie des Unterausschusses des Gemeinsamen Bundesausschusses könne nur positiv gesehen werden, gerade weil Rheinland-Pfalz als Flächenland Kinderkrankenpflegekräfte mit einer entsprechenden Weiterbildung brauche. Dieses Verfahren in den Unterausschüssen zu bearbeiten sei eine gängige Praxis im G-BA. Auch die Bedarfsplanung finde nicht immer im Plenum statt, sondern in den entsprechenden Unterausschüssen. Die Richtlinien würden anschließend vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen und in Kraft gesetzt, wenn das Bundesgesundheitsministerium keine Beanstandungen vornehme.

An der Tatsache, dass der G-BA die Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten bestimme, obwohl er nicht von den Versicherten beschickt werde, die die Beiträge bezahlten, sondern von den Organen der Selbstverwaltung, sei ein Umstand, der in vielerlei Hinsicht wie auch bei vielen anderen Richtlinien immer wieder Befremden hervorrufe, welches er im Übrigen in der Öffentlichkeit auch immer wieder geteilt habe. Es gebe durchaus auch Verfassungsrechtler, die an dieser Konstellation Zweifel hätten. Andererseits führe dies dazu, dass nicht das Bundesgesundheitsministerium, sondern ein Fachgremium über solche Fragen entscheide, weshalb es auch so eingeführt worden sei. Die Alternative wäre, dass die Richtlinie in der Exekutive beraten werde, und dann gäbe es noch viel mehr Zweifel, welche politischen Interessen jeweils dahinter stünden, je nach Regierung in Berlin. Insoweit sei es vielleicht beim Gemeinsamen Bundesausschuss aufgrund der Expertise, die dort vorhanden sei, doch leichter nachzuvollziehen. In diesem Falle halte er es für eine gute Richtlinie, und wenn es den Bundesländern gelinge, dort die Übergangsfristen entsprechend zu verlängern, dann wäre auch die Umsetzbarkeit für Rheinland-Pfalz gut möglich.

Herr Staatsminister Schweitzer führt aus, nach den Zahlen, die der Landesregierung vorlägen, seien es derzeit an der Universitätsklinik in Mainz gerade einmal 30 Personen, die bis zum Jahresende 2014 die Fortbildung absolviert haben könnten. Dies sei angesichts des vorgetragenen Bedarfs einer erforderlichen Vervierfachung des Personals noch überschaubar, aber es zeige auch, dass sich die Träger und die Einrichtungen selbst auf den Weg gemacht hätten. Sie lehnten sich also nicht zurück und hofften, dass ihnen die Politik oder die Selbstverwaltung im G-BA schon noch etwas mehr Zeit verschaffen würden.

In Rheinland-Pfalz gebe es neun Perinatalzentren Level 1. Am St. Marien- und Annastifts Krankenhaus in Ludwigshafen sei man schon heute in der Lage, entsprechend der Richtlinie zu arbeiten. Drei Krankenhäuser – das Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus in Speyer, das Westpfalz-Klinikum in Kaiserslautern und das Städtische Klinikum in Worms – befänden sich in einem Weiterbildungsverbund, was ebenfalls ein deutliches Signal nach außen darstelle. Die Krankenhäuser würden nicht sozusagen kalt

erwischt und fingen nicht erst jetzt damit an, über die Umsetzung nachzudenken, sondern sie hätten sich schon auf den Weg gemacht. Daher nehme er ihre Forderung, noch etwas mehr Zeit zu bekommen, sehr ernst. Er halte dies nicht für vorgeschoben und unterstütze es ausdrücklich.

Der Unterausschuss des G-BA sei das Gremium, in dem man sich fachlich dazu austauschen könne. Auch die Krankenhausgesellschaft sei schon bei der ursprünglichen Konzeption eingebunden gewesen und habe sich dem nicht verwehrt. Er könne es sich als eine kluge Lösung vorstellen, die Umsetzungsfrist über das Jahr 2016 hinaus um zwei weitere Jahre zu verlängern. Alles, was darüber hinaus gehe, würde sicherlich von so manchem Krankenhaus auch begrüßt; allerdings würde es den Druck keineswegs erhöhen, tatsächlich bald in die Umsetzung zu gehen. Daran könne niemand ein Interesse haben.

Vonseiten des Vorstandes des Verbandes der Krankenhausdirektoren in Rheinland-Pfalz sei ihm zurückgemeldet worden, dass man die Richtlinien durchaus als sinnvoll erachte und darum bemüht sei, sie umzusetzen, dass es aber noch Schwierigkeiten bei der Umsetzung gebe. Dies sei der richtige Weg, den man auch unterstützen sollte.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders zieht das Fazit, man müsse erkennen, was wünschenswert sei und was man erreichen könne. Dazwischen gebe es immer eine Diskrepanz. Vor einigen Monaten sei im Plenum auch für den notärztlichen Bereich eine entsprechende Regelung dergestalt getroffen worden, dass man die Übergangsfrist verlängert habe. Hätte man dies nicht getan, würde der Notarztdienst in Rheinland-Pfalz heute nicht mehr funktionieren. Man müsse erkennen, was für alle zumutbar sei, und dies nenne man Augenmaß in der Politik.

Der Antrag – Vorlage 16/3781 – hat seine Erledigung gefunden.

Punkt 8 der Tagesordnung:

Zukunftskreis Gesundheit-Studie
Antrag der Fraktion der CDU nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3821 –

Herr Vors. Abg. Dr. Enders gibt zur Kenntnis, er habe von einer Studie des Zukunftskreises Gesundheit erfahren, bei der es offenbar um eine Neuausrichtung des Gesundheitssystems insgesamt gehen solle sowie um einen Vergleich zwischen der PKV und der GKV in der Zukunft. Allerdings habe er keine detaillierten Informationen darüber erhalten können und bitte daher die Landesregierung um Berichterstattung.

Herr Staatsminister Schweitzer trägt vor, der Landesregierung sei die genannte Studie des Zukunftskreises Gesundheit über vereinzelte Presseberichte Anfang Februar dieses Jahres bekannt geworden. Eine umfassende Bewertung der Studie sei der Landesregierung an dieser Stelle derzeit nicht möglich; aber nach seiner Einschätzung sei der Erkenntnisgewinn aus dieser Studie, selbst wenn sie der Landesregierung vorliegen würde, überschaubar.

Inhaltlich verspreche sie – dies erlaube er sich nach Analyse der Presseberichte zu sagen – nicht viel Neues, da sie sich vorrangig auf ältere Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitssystem stütze. Laut Presseberichten, zum Beispiel in der „Pharmazeutischen Zeitung“, liefere die Studie auch keine Reformvorschläge. Insgesamt sei das Medienecho auf die Studie verhalten gewesen.

Hinter der Studie stehe das Beratungsunternehmen PremiumCircle, das vor allem private Krankenversicherungsunternehmen berate und den Zukunftskreis Gesundheit Ende 2012 ins Leben gerufen habe. Auch wenn zahlreiche externe Gastautoren – Hauptautoren seien allerdings die Geschäftsführer der Gesellschaft – für die Mitarbeit bei der Studie hätten gewonnen werden können, tue die Gesundheitspolitik gut daran, sich nicht vorrangig auf Studien von Beratungsinstituten zu stützen; diese hätten schließlich immer auch bestimmte Interessen im Blick. Dies wolle er an dieser Stelle nicht verurteilen, aber man müsse es bedenken.

Schließlich gebe es auch mit dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ein hoch anerkanntes Beratungsgremium der Bundesregierung, welches über die Regelmäßigen Gutachten bereits wesentlichen Handlungsbedarf aufgezeigt habe und viele Impulse für gesundheitspolitische Maßnahmen gesetzt habe. Er nenne beispielhaft die Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke.

Das nächste Gutachten werde im Juni dieses Jahres vorgestellt werden. Zudem gebe es eine Reihe wissenschaftlicher Expertisen zum Reformbedarf im deutschen Gesundheitswesen.

Dem laut SPIEGEL-Online „vernichtenden Urteil“ der Autoren über das deutsche Gesundheitswesen könne sich die Landesregierung nicht anschließen. Sicherlich sei das deutsche Gesundheitswesen komplex, was aber auch mit dem Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung und sicherlich auch mit dem Thema Föderalismus und mit weiteren Herausforderungen zusammenhänge. Weitere Stichworte des sogenannten „Faktenchecks Gesundheits- und Versicherungssystem in Deutschland“ seien offenbar „Intransparenz“, „Unübersichtlichkeit“ und „verworrene Finanzströme“. Die gesetzliche Krankenversicherung sei ein reines „Krankheitsverwaltungssystem, bei dem der Patient nur als Mittel zum Zweck“ diene; dies sei ein Zitat aus SPIEGEL-Online vom 3. Februar 2014. Dem stünden jedoch beispielsweise die Ergebnisse des EuroHealth Consumer Index 2013 des schwedischen Forschungsinstituts „Health Consumer Powerhouse“ entgegen, in dem stark auf die Patientenperspektive bei der Bewertung der europäischen Gesundheitssysteme abgestellt werde. Danach befinde sich Deutschland immer hin auf Rang sieben von 35 europäischen Gesundheitssystemen mit besonderen Stärken gerade bei der Patientenorientierung und dem Zugang der Patientinnen und Patienten zum Versorgungssystem.

Gleichzeitig seien die Schwächen des deutschen Gesundheitswesens nicht zuletzt durch die Gutachten des Sachverständigenrates bekannt. Dazu gehörten zum Beispiel die Dominanz der Akutversorgung im Vergleich zu Gesundheitsförderung und Prävention – Themen, die man bereits im Ausschuss

besprochen habe –, die Schnittstellenprobleme an den Sektorengrenzen – auch dies sei in diesem Kreise niemandem neu – und auch an den Zuständigkeitsgrenzen der Sozialversicherungsträger, wenn man beispielsweise an die Abstimmung zwischen Pflegeversicherung, Krankenversicherung oder Rentenversicherung denke. Alle wüssten, dass man diesbezüglich noch viele Aufgaben zu bewältigen haben werde.

Klar sei auch, dass sich das Gesundheitswesen auf den demografischen Wandel einstellen müsse, wie es in der Studie gefordert werde; allerdings könne er an dieser Stelle selbstbewusst hinzufügen, dass es keiner Studie bedürft hätte, um den Abgeordneten und Ausschussmitgliedern aufzuschreiben, dass der demografische Wandel eine Herausforderung darstelle.

Im Koalitionsvertrag auf Bundesebene seien wichtige Schritte zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens vereinbart worden. Noch in diesem Jahr solle ein Präventionsgesetz auf den Weg gebracht werden, was er ausdrücklich begrüße, welches insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, zum Beispiel Schule, Betrieb etc., zum Inhalt habe. Für mehr Transparenz werde das neue sektorenübergreifende „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ sorgen. Daneben sollten Aussagekraft und Transparenz der Qualitätsberichte der Krankenhäuser verbessert werden. Weiterhin seien Verbesserungen beim Entlassungsmanagement der Krankenhäuser und beim Einsatz nichtärztlicher Gesundheitsberufe in Zusammenarbeit mit den Ärzten vorgesehen.

Für Schwarzmalerei bezüglich des deutschen Gesundheitswesens bestehe kein Anlass; gleichwohl sei die Gesundheitspolitik gefordert, die Rahmenbedingungen im Sinne der Patientinnen und Patienten stetig weiterzuentwickeln. Es werde niemals den Zustand geben, mit dem alle in der Gesundheitspolitik vollauf zufrieden sein könnten und in dem alles für die Ewigkeit so bleiben könne.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders bestätigt seinerseits, dass es zur Schwarzmalerei keinen Anlass gebe. Wenn man einmal über die Ländergrenzen hinwegschaue, brauche sich Deutschland wahrlich nicht zu verstecken; man müsse es nur selbstbewusst verkaufen. Das Problem liege darin, dass das Anspruchsdenken der Patienten stetig gestiegen sei.

Er fragt nach, ob die Studie für Interessierte zugänglich sei.

Herr Staatsminister Schweitzer entgegnet, es gebe eine Möglichkeit, an die Studie heranzukommen; allerdings koste sie 1.798 Euro, und er bezweifle sehr stark, ob es gerechtfertigt sei, so viel Geld für eine Studie auszugeben, deren Qualität in hohem Maße fragwürdig sei.

Herr Abg. Winter bedankt sich herzlich für die Informationen. Natürlich sei es schwierig, über eine Studie zu diskutieren, die dem Ausschuss nicht vorliege. Gleichwohl sollten aber die positiven Ansätze des Berichts noch einmal herausgestellt werden. Schon derzeit lägen die Instrumente vor, um ein zukunftsweisendes Gesundheitswesen zu präsentieren. Herr Staatsminister Schweitzer habe vorgebracht, dass ein Präventionsgesetz sowie ein neues Qualitätsinstitut in Vorbereitung seien. Er fragt nach, ob es dafür schon konkrete Zeitabläufe gebe.

Herr Staatsminister Schweitzer gibt zur Antwort, was das Präventionsgesetz anbelange, habe sich der Bundesgesundheitsminister auch im Reigen der Gesundheitsminister der Länder in der letzten Sitzung dahingehend geäußert, dass er noch bis Ende dieses Jahres einen Referentenentwurf vorlegen werde. Dies begrüße er ausdrücklich, da er ein solches Gesetz für erforderlich halte. Er halte es für richtig, dieses Gesetz sehr schnell vorzulegen. Es werde noch eine intensive Debatte nach sich ziehen, da viele Akteure überprüfen wollten, inwieweit sie davon betroffen seien. Diese Zeit müsse man einräumen; insofern sei die Vorlage eines Referentenentwurfs noch bis Ende 2014 sehr sinnvoll.

Das neue Qualitätsinstitut sei bereits auf den Weg gebracht worden. Es finde ebenfalls eine sehr kontroverse Diskussion über den Sinn und Zweck statt. Es greife auf Bestandsdaten zurück, und außerdem gebe es schon genügend andere Qualitätsuntersuchungsinstitute. Aber es sei auch eine Vereinbarung im Koalitionsvertrag und werde insbesondere in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Zukunft des Krankenhauswesens in Deutschland noch intensiv diskutiert werden.

Auf Bitten des Vorsitzenden, Herrn Abg. Dr. Enders, sagt Herr Staatsminister Schweitzer zu, dem Ausschuss seinen Sprechvermerk zur Verfügung zu stellen.

Der Antrag – Vorlage 16/3821 – hat seine Erledigung gefunden.

Elektronische Fassung

Punkt 9 der Tagesordnung:

Lieferengpässe bei Arzneimitteln und Impfstoffen
Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3895 –

Herr Abg. Dr. Dr. Schmidt führt aus, Anlass für diesen Antrag sei eine Berichterstattung im „SPIEGEL“ vom März dieses Jahres, wonach es insbesondere bei Medikamenten, bei denen der Patentschutz abgelaufen sei, hin und wieder Lieferengpässe gebe. Er bitte die Landesregierung um Berichterstattung.

Herr Staatsminister Schweitzer trägt vor, Lieferschwierigkeiten und Lieferengpässe bei Arzneimitteln in Krankenhausapotheken bzw. in öffentlichen Apotheken seien durchaus kein neues und unbekanntes Thema. Liefereinschränkungen bei der Arzneimittelversorgung von Krankenhausapotheken seien beispielsweise in den USA seit langem an der Tagesordnung und würden seit dem Jahr 2008 auch in deutschen Krankenhausapotheken und Kliniken beobachtet. So habe die Klinikapotheke der Universitätsmedizin Mainz bereits Mitte des Jahres 2012 in der „Frankfurter Rundschau“ über zunehmende Liefereinschränkungen bei teilweise lebenswichtigen Arzneimitteln berichtet.

Die Gründe für wiederkehrende Lieferengpässe bei der Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten und Wirkstoffen seien bekannt und benennbar. Die zunehmende Globalisierung der Arzneimittelherstellung mit Konzentrationsprozessen bei den operierenden Firmen führe zu einer Begrenzung auf wenige Produktionsstätten, die eine weltweite Belieferung übernähmen. Komme es bei solch einem zentralen Hersteller aus qualitäts- oder kapazitätsbedingten Gründen zu Ausfällen, folge ein globaler Lieferengpass. Aus Rationalisierungsgründen würden auch weltweit Tendenzen beobachtet, keine großen Arzneimittelvorräte mehr einzulagern, sondern Arzneimittel und Wirkstoffe „just in time“ – wie die Logistikwirtschaft es nenne – zu liefern und in die Logistikkette einzugliedern.

Verstärkt worden seien diese in Fachkreisen schon länger bekannten Tendenzen im klinischen Bereich durch die flächendeckende Umsetzung der Rabattverträge im ambulanten Sektor. Die direkte Vereinbarung von Rabatten bei der Arzneimittellieferung zwischen pharmazeutischen Unternehmen und der GKV hätten zunehmend sei dem Jahr 2010 die Sozialversicherungssysteme bei den stetig steigenden Arzneimittelausgaben mit Milliardenbeträgen entlastet und sich bewährt.

Gleichzeitig seien dadurch auf Anbieterseite bei der Produktion von Arzneimitteln und Wirkstoffen jedoch Marktkonzentrationen geschaffen worden, die zu zusätzlichen Lieferbeschränkungen geführt hätten im Falle von herstellungsbedingten Produktionsausfällen. Dies gelte insbesondere für sensible Produkte wie Impfstoffe, die wegen ihres komplexen biotechnologischen Herstellungsprozesses bei produktionsbedingten Ausfällen nicht ohne Weiteres „auf Knopfdruck“ kompensiert werden könnten.

Diese Erfahrung habe man bereits in Deutschland im Jahr 2009 im Rahmen der Pandemie mit der neuen Influenza machen müssen, wo die weltweit hohe Nachfrage nach spezifischen Impfstoffen nicht sofort zu befriedigen gewesen sei. Einige Länder hätten auch in der Grippezeit 2012/2013 ähnliche Probleme mit der Beschaffung von Impfstoffen gehabt. In Rheinland-Pfalz habe man durch die Berücksichtigung mehrerer Anbieter derartige Liefereinschränkungen bei Impfstoffen bislang erfreulicherweise vermeiden können.

Durch das Berücksichtigen mehrerer Anbieter bei der Vergabe von Rabattverträgen ohne Abschluss exklusiver Vereinbarungen könne nach Auffassung der Landesregierung Lieferengpässen im Vorfeld im Sinne der Patientinnen und Patienten vorgebeugt werden. Die Landesregierung habe sich bereits frühzeitig und intensiv mit dieser Thematik befasst und im Rahmen der Beantwortung einer Kleinen Anfrage schon im September 2012 die Hintergründe für die Liefereinschränkungen bei Arzneimitteln und Wirkstoffen erläutert und die Politik zur Wachsamkeit in dieser Frage aufgefördert.

Mitte Juni 2012 habe die Bundestagsfraktion Die Linke eine Kleine Anfrage zu Versorgungsengpässen bei Arzneimitteln an die Bundesregierung gerichtet. Die Bundesregierung habe in ihrer Antwort das Auftreten längerer Lieferengpässe bei Arzneimitteln verneint.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft habe sich zusätzlich Ende des Jahres 2012 an die Politik gewandt und auf andauernde Lieferprobleme essenziell benötigter Arzneimittel im Krankenhaus- und Klinikbereich hingewiesen. In ähnlicher Weise hätten sich auch die Apothekerverbände Anfang des Jahres 2013 zu Wort gemeldet und über deutlich zunehmende Lieferengpässe bei Arzneimitteln im ambulanten Sektor gesprochen. Davon seien in stärkerem Maße auch simple Bagatellarzneimittel wie Bluthochdruckmittel, Schilddrüsenhormone oder Vitaminpräparate für Kinder betroffen.

Die obersten Landesgesundheitsbehörden hätten daraufhin in einer Bund-Länder-Sitzung im März des vergangenen Jahres die Problematik aufgegriffen und den Bund um die Erarbeitung von Lösungsansätzen bis zum Herbst 2013 gebeten, wobei insbesondere die Schaffung eines zentralen Registers nicht lieferbarer Arzneimittel, die Verschärfung von Regelungen im Arzneimittelgesetz sowie die Realisierung eines zentralen Krisenmanagements bei Lieferengpässen von Arzneimitteln und Impfstoffen geprüft werden sollten.

Ende April 2013 habe der Bund beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ein solches zentrales Erfassungsregister etabliert, wo auf freiwilliger Basis Liefereinschränkungen von Arzneimitteln barrierefrei erfasst und die Hintergründe für die Lieferschwierigkeiten und deren voraussichtliche Dauer dokumentiert würden. Nach aktuellem Stand vom 30. April 2014 seien derzeit 12 Präparate in dieses Lieferengpass-Register mit einer Liefereinschränkung von mehr als zwei Wochen eingetragen. Dies betreffe vorwiegend simple Arzneimittel, die im Einzelfall auch durch Analogpräparate ersetzt werden könnten.

Zusätzliche gesetzliche Regelungen im Arzneimittelgesetz sowie die Schaffung eines zentralen Lieferengpass-Risikomanagements bei Arzneimitteln sei nach Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit wegen mangelnder Durchgriffsmöglichkeiten gesetzlicher Anforderungen auf den Arzneimittelmarkt nicht zielführend. Die Bundesregierung habe in ihrer Antwort auf eine erneute Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion Die Linke Ende Februar 2014 zur Verschärfung der Lieferengpässe bei Arzneimitteln auf eine nach wie vor gute und ausreichende Versorgung mit Arzneimitteln in Deutschland hingewiesen. Diese Anfrage sei auch Hintergrund der Berichterstattung gewesen, die der „SPIEGEL“ Anfang März 2014 zu diesem Thema veröffentlicht habe. Vor dem Hintergrund der aktuell zwölf eingetragenen, mittelfristig nicht lieferbaren Arzneimittel in der Datenbank sei diese Argumentation des Bundesgesundheitsministers aus seiner Sicht begründbar und auch plausibel.

Die rheinland-pfälzische Landesregierung teile derzeit die Position des Bundes zur Arzneimittelversorgung in Deutschland. Sie sehe in diesem Zusammenhang aber die Verpflichtung, die Qualität der Arzneimittelversorgung in Deutschland kritisch und ständig zu begutachten und zu beobachten. Dazu sei es für die Landesregierung allerdings wichtig, bereits vorbeugend gegen Lieferengpässe bei Arzneimitteln tätig zu werden. Eine entscheidende Aufgabe der Politik sei dabei, die Rahmenbedingungen der Arzneimittelproduktion in Europa bzw. in Deutschland so zu gestalten, dass es wieder attraktiv werde, vor Ort nennenswerte Produkte zu produzieren und am Markt anzubieten.

In Rheinland-Pfalz seien weltweit bedeutsame Entwicklungs- und Produktionsstätten für Arzneimittel in Ingelheim und Ludwigshafen angesiedelt, die nachhaltig bewiesen, dass die Pharmaproduktion in Deutschland vor Ort sinnvoll sein könne, auch im Sinne des Verbrauchers, also der Patientinnen und Patienten, und auch ökonomisch erfolgreich sein könne. Dadurch würden lange Lieferwege und logistische Probleme, aber auch Qualitätsprobleme beim Nachschub mit wichtigen Arzneimitteln vermieden, was zur Verhinderung von Liefereinschränkungen und Lieferengpässen im Pharmabereich sehr wirksam sein könne. Gleichzeitig werde dadurch eine hohe Qualität gewährleistet, und dies sei sicherlich auch im Sinne der Patientinnen und Patienten.

Wie an seinen Ausführungen zu erkennen sei, handele es sich um ein relativ komplexes Thema, bei dem es nicht nur einen einzigen Begründungszusammenhang gebe. An dieser Stelle solle noch einmal betont werden, man werde die Frage von Lieferengpässen nicht erst im dritten oder vierten Schritt innerhalb der Logistikkette beantworten können, sondern müsse schon bei der Rahmensetzung der Produktion von Pharmaprodukten ansetzen. Darum sei es nicht nur ein wirtschaftspolitisches und gesundheitswirtschaftliches Thema, dass die Pharmaunternehmen nicht nur ein Standbein für die Forschung, sondern ein weiteres für die Arzneimittelproduktion in Deutschland und Europa errichteten. Dies sei auch im Sinne der Verbraucherinnen und Verbraucher, also der Patientinnen und Patienten.

Frau Abg. Ebli merkt an, alle größeren Zeitungen und auch die Fachzeitschriften hätten sich diesem Thema in der Vergangenheit gewidmet. Bei manchen Aussagen habe es sie ein wenig verwundert, dass Qualitätskriterien herangezogen worden seien. Sie habe sich gefragt, ob man in der Vergangenheit gar nicht oder nicht in diesem Maße auf Qualität geachtet habe und ob die Qualitätskriterien derart angehoben worden seien, dass dadurch die Produktion eingeschränkt worden sei.

Herr Staatsminister Schweitzer habe zu Recht darauf hingewiesen, dass viele pharmazeutische Unternehmen die Produktion ins Ausland, sogar auch außerhalb des europäischen Raumes, verlagert hätten. Dies führe selbstverständlich zu Lieferschwierigkeiten und wahrscheinlich auch zu Qualitätsproblemen. Dies behaupte sie einmal ganz ungeschützt, weil in Deutschland die Qualitätskriterien sehr streng seien.

In Rheinland-Pfalz seien hervorragende Pharmaunternehmen ansässig, die aber offenkundig nicht ausreichend seien. Sie treibe die Tatsache um, dass es sich um Medikamente handele, die lebensrettend sein könnten, beispielsweise Impfstoffe für Kinder oder für Krebspatienten, die dringend auf eine Behandlung angewiesen seien. Das Engagement der Politik müsse darauf ausgerichtet sein, den Unternehmen in der Bundesrepublik Deutschland und in Europa gute Rahmenbedingungen zur Verfügung zu stellen, um sie davon abzubringen, außerhalb des europäischen Raumes zu produzieren.

Frau Abg. Thelen dankt Herrn Staatsminister Schweitzer für seine differenzierte Stellungnahme. Sie stimmt mit ihm in dessen Darstellung überein, dass bei einer Gesamtschau im Prinzip eine gute Versorgung in Deutschland bestehe; aber die Situation für einzelne Betroffene könne durchaus dramatisch werden. Es habe eindringliche Berichte nicht nur in den Printmedien, sondern auch in Radio und Fernsehen gegeben. Wenn in Berlin ein Mensch, der dringend ein Schilddrüsenmedikament brauche, bis zu acht Apotheken anlaufen müsse, ehe er es bekomme, dann sei dies eine sehr schlimme Situation. Im ländlichen Raum könne man sich kaum vorstellen, welche Rundreise ein Mensch machen müsse, um im Zweifel acht Apotheken anzufahren. Dies sei für die betroffenen Patienten dramatisch.

Allerdings seien auch die Stellungnahmen der Pharmaunternehmen dazu durchaus nachvollziehbar gewesen. Auch die Einschränkungen der Vermarktungsmöglichkeiten selbst erforschter Medikamente böten ein immer höheres Risiko, was mit der Forschung selbst verbunden sei, weil nicht jede Forschung zu einem Medikament führe, welches wiederum zu mehr Produktion, zu mehr Arbeitsplätzen und damit zu Einnahmen führe. Daher müssten die Pharmaunternehmen immer sorgfältiger und kritischer abwägen, auf welchen Weg sie sich begeben sollten.

Schon heute bestehe bei seltenen Krankheiten die Situation, dass kaum noch Pharmaunternehmen überhaupt in diesen Bereichen forschten. Man müsse perspektivisch mittel- bis langfristig denken, um sich nicht vor lauter Sparsamkeit und Bemühungen um günstige Rabatte selbst das Wasser abzugraben. Sie könne an dieser Stelle nur dafür werben, auf Bundesebene einen guten Kompromiss zwischen beiden Zielen zu finden.

Herr Abg. Dr. Konrad erläutert zu der Situation bei den Impfstoffen, in diesem Jahr seien die Grundimmunisierungsimpfstoffe für Kinder zum Teil ausgegangen, sodass man auf Einzelimpfstoffe habe zurückgreifen müssen, was dazu geführt habe, dass die Kinder wesentlich mehr Injektionen hätten bekommen müssen. Angesichts des umfangreichen Impfplanes, der inzwischen von der STIKO vorgegeben sei, sei dies mit einer gewissen Belastung verbunden. Auf dem Qualitätszirkeltreffen sei bekannt geworden, dass zwei dieser Impfstoffe seit dieser Woche wieder verfügbar seien.

Im Arzneimittelbereich bestehe grundsätzlich ein Markt, der in bestimmten Sparten immer ein sehr begrenztes Angebot vorzuhalten habe. Vor Jahren habe zum Beispiel einmal die gesamte pharmazeutische Industrie von heute auf morgen verkündet, dass das Medikament Sultiam, welches nur in seltenen Fällen einer Epilepsie verabreicht worden sei, in zwei Monaten vom Markt genommen werde. Davon seien deutschlandweit nur wenige Tausend Patienten betroffen gewesen, und im Ausland sei dieser Stoff ohnehin kaum benutzt worden.

Man könne immer wieder feststellen, dass Mittel, die zur Grundversorgung der Bevölkerung notwendig seien, sich in einem freien Markt nicht selbstverständlich finden ließen. Immer dann, wenn eine Person ein besonderes Bedürfnis habe, das nicht viele teilen, und dabei nicht über die notwendigen finanziellen Mittel verfüge, werde es schwierig. Ein armer Mensch also, der ein seltenes Medikament

benötige und nicht gut versichert sei, habe ein Problem, sich auf diesem Markt zu versorgen; denn an ihm könne der Anbieter nicht so viel verdienen, dass es sich für ihn lohne, für die geringe Nachfrage diesen Stoff zu produzieren. Versorgung sei grundsätzlich immer ein Bereich, in dem auch reguliert werden müsse; dies könne man aus den immer wieder vorkommenden Engpässen lernen.

Die Impfstoffe würden in lebenden Systemen produziert und könnten erst im Nachhinein auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden. Das bedeute, oftmals könne die Testreihe erst Monate, manchmal sogar erst Jahre nach der Zurverfügungstellung des Impfstoffes abgeschlossen werden, und erst danach könne die Frage beantwortet werden, ob der Impfstoff tatsächlich die entsprechende Immunogenität, also die entsprechende Wirkung, aufweise. Dann müsse er vom Markt genommen werden, und dadurch entstehe natürlich eine Versorgungslücke, weil der Hersteller auf dem bereits produzierten Impfstoff, der zwei Jahre brauche, um auf den Markt zu kommen, sitzen bleibe. Dies seien Ausnahmen. Aber bei anderen Stoffen müsse im Prinzip eine Regulierung vorhanden sein, die dafür Sorge, dass auch für eine geringe Nachfrage die entsprechende Versorgung zur Verfügung stehe und dies nicht der Freiwilligkeit einzelner Hersteller überlassen bleibe.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders berichtet, er habe als einziger Arzt in seiner Region die Befugnis, Gelbfieberschutzimpfungen durchzuführen. Diese Befugnis gebe es in der Stadt häufiger.

Er bekomme nun schon seit Oktober keine Einzelgebilde für Gelbfieberimpfstoff mehr. Derzeit gebe es diesen Impfstoff nicht auf dem Markt. Er habe schon Patienten abweisen müssen und nach Mainz, Köln oder Bonn schicken müssen. Selbst die Universitätskliniken hätten nur noch letzte vorrätige Mengen, weil sie Zehner-Gebinde eingekauft hätten, die sich aber ein einzelner Arzt nicht leisten könne. Ansonsten würden vielleicht sieben oder acht Impfstoffe verfallen, die sehr teuer seien.

Ihm sei angekündigt worden, dass es in Kürze wieder das Arzneimittel Stamaril geben solle. Er fragt nach den Gründen, weshalb über eine so lange Zeit kein Gelbfieberimpfstoff vorhanden gewesen sei.

Herr Dr. Cramer (Referatsleiter im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie) entgegnet, als Gelbfieberimpfstellen würden in der Regel Zentren ausgewählt, die dann mehrere Patienten impften. Daher habe die Industrie auf Bündelpackungen gesetzt und weniger Einzelgebilde in den Verkehr gebracht. Nach seinen Informationen werde jedoch ab dem 2. Quartal wieder Gelbfieberimpfstoff auch in Einzeldosen verfügbar sein.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders hält dies insbesondere für den ländlichen Raum für besonders wichtig. In Rheinland-Pfalz gebe es drei Dutzend Ärzte, die von dem zuständigen Landesamt die entsprechende Zulassung hätten, Gelbfieberimpfungen durchzuführen. Dies sei die Universitätsklinik Mainz und ansonsten niedergelassene Ärzte, in der Regel in ländlichen Regionen.

Herr Abg. Dr. Dr. Schmidt vertritt die Auffassung, Deutschland stehe mit Blick auf die medikamentöse Versorgung sehr gut da, und zwar sowohl was die Qualität als auch die Verfügbarkeit anbelange. Er würde es sehr begrüßen, wenn Medikamente auch weiterhin in Deutschland produziert würden und die Produktion nicht nach China oder Pakistan verlagert würde.

Vor drei Jahren seien kontaminierte Blutverdünnungspräparate aus China auf den europäischen Markt gelangt. Es sei auch im Interesse der Forschung, dass alles in Deutschland bzw. in Europa produziert und abgewickelt werde. Bei manchen Medikamenten bedürfe es einer langfristigen Forschung, um Nebenwirkungen transparent machen zu können. Dies sei auch im Interesse der Patientinnen und Patienten. Die Nebenwirkungen bzw. Wechselwirkungen vom MCP-Tropfen mit anderen Medikamenten seien so stark gewesen, dass das Medikament in Deutschland nun nicht mehr verordnet werden dürfe. Insbesondere bei Wechselwirkungen mehrerer Medikamente müsse man immer berücksichtigen, dass langwierige Nebenwirkungen entstehen könnten, und deshalb sei die Transparenz in der Forschung besonders wichtig.

Der Antrag – Vorlage 16/3895 – hat seine Erledigung gefunden.

Punkt 10 der Tagesordnung:

Verschiedenes

Herr Vors. Abg. Dr. Enders weist darauf hin, dass die nächste Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 22. Mai 2014 bereits um 09:00 Uhr beginnt.

Frau Abg. Anklam-Trapp bittet um Mitteilung seitens des Wissenschaftlichen Dienstes, wann mit der Vorlage des Gutachtens des Wissenschaftlichen Dienstes zum „...tes Landesgesetz zur Änderung des Bestattungsgesetzes“ – Drucksache 16/2242 – zu rechnen ist.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders dankt allen Anwesenden für ihre Mitarbeit und schließt die Sitzung.

gez. Geißler
Protokollführerin

Elektronische Fassung